

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO POLÍTICO E ECONÔMICO

MAYKEL PONÇONI

**A ATUAÇÃO DO CONTROLE INTERNO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
NA FISCALIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**

SÃO PAULO

2017

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO POLÍTICO E ECONÔMICO

MAYKEL PONÇONI

**A ATUAÇÃO DO CONTROLE INTERNO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
NA FISCALIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Político e Econômico da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Direito Político e Econômico.

Orientadora: Prof.^a Dra. Clarice Duarte Seixas

SÃO PAULO
2017

P795a Ponçoni, Maykel.

A atuação do controle interno da administração pública na fiscalização das organizações sociais de saúde / Maykel Ponçoni. – 2017.

189 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) –
Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2017.

Orientadora: Clarice Seixas Duarte.

Referências bibliográficas: f. 100-111.

1. Direito à saúde. 2. Organizações sociais. 3. Controle interno.
4. Recursos públicos. 5. Reforma do Estado de 1990. I. Título.

CDDir 341.6411

MAYKEL PONÇONI

ATUAÇÃO DO CONTROLE INTERNO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
NA FISCALIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Político e Econômico da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Direito Político e Econômico.

Aprovada em 09 de agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Clarice Duarte Seixas

Prof.^a Dra. Clarice Duarte Seixas
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Irene Patrícia Nohara

Prof.^a Dra. Irene Patrícia Nohara
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Fernando Mussa Abujamra Aith

Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith
Universidade de São Paulo

Dedico este trabalho aos operadores do direito e todos que efetivamente pretendam atuar em prol dos interesses da coletividade, para um desenvolvimento sustentável.

AGRADECIMENTOS

Sem ordenar, agradeço:

Ao Senhor nosso Deus, por conceder os meios para concretizar mais um sonho.

Reconheço que essa conquista foi construída porque tive o auxílio de muitos e gostaria de agradecer a todos os envolvidos no meu crescimento intelectual e pessoal.

Na tentativa de sintetizar, farei o esforço de agradecer nominalmente apenas alguns que representarão os demais, que de maneira direta ou indireta contribuíram.

A meus amados pais, que representam minha “grande família”, os quais são responsáveis por minha formação pessoal, com seus exemplos de coragem, determinação e pioneirismo.

Na obra *Come si fa una tesi di laurea*, Umberto Eco¹ recomenda não agradecer demasiadamente ao orientador porque a ajuda já seria sua incumbência na pesquisa. Todavia, prefiro não acatar seu posicionamento, e agradecer à professora orientadora Dra. Clarice Seixas Duarte, pela doce e agradável convivência, tanto na disciplina do mestrado, quanto durante o período que a auxiliei no grupo de pesquisa e estágio docente, o que permitiu ampliar minha percepção sobre os direitos sociais e políticas públicas, e, sobretudo, por sua amizade generosa e estimular a seguir em frente.

Agradeço também à professora Carolina Mota Mourão, companheira e relatora no subgrupo de pesquisa sobre o Poder Legislativo estadual, pelas dicas e sugestões para o desenvolvimento desta pesquisa.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Direito Político e Econômico (PPGDPE) da Universidade Presbiteriana Mackenzie, por terem contribuído sobremaneira para meu crescimento, em especial aos professores:

Dr. Alcides Jorge Costa (*in memoriam*), que, em amor à academia, lecionou até aos 90 anos de idade, o que me permitiu ter o privilégio de fazer parte de sua última turma de alunos.

Dr. Eduardo Marcial Jardim, pelo respeito à academia e aos alunos, e o seu conhecimento sobre o direito tributário é, em tudo, absolutamente admirável. Tenho orgulho de fazer parte do seu grupo de pesquisa e coautora em obra coletiva.

¹ ECO, Umberto. **Come si fa una tesi di laurea**: Le materie umanistiche. 12. ed. Milano: Tascabili Bompiani, 2001.

Dr. Felipe Chiarello, diretor da Universidade Presbiteriana Mackenzie, com sua liderança carismática sempre surpreende com um toque poético os eventos acadêmicos e, de forma descontraída, estimula o crescimento e a produção de todos os pesquisadores do seu grupo.

Dr. Gianpaolo Poggio Smanio, que apesar de grande conhecimento jurídico e prestígio profissional no Ministério Público e na área acadêmica, mantém a postura humilde e equilibrada, o que incentiva meus estudos acadêmicos.

Dr. Gilberto Bercovici, por sua vasta produção científica, inspira-me para o exercício do ensino e da pesquisa.

Dr. José Siqueira Neto, com sua visão crítica, contribuiu para minha formação acadêmica e me honrou com o convite para ser integrante do seu time de pesquisadores.

Dra. Zélia Luiza Pierdoná, que tem a mesma origem simples do Sul, é um exemplo de mulher vencedora, com posições firmes e argumentos fortes, agradeço por todas as oportunidades que me ofereceu sob rigorosa, e igualmente generosa, supervisão de minhas atividades como estagiária docente e parceria em eventos jurídicos nacionais e internacionais.

Também devo mencionar os professores Dr. Fabiano Dolenc Del Masso, Dr. José Carlos Francisco e Dr. Vicente Bagnoli.

Agradeço muito à Dra. Irene Patrícia Nohara e ao Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith (USP), por aceitarem o convite para participar da banca, e especialmente na qualificação, por terem tecido críticas construtivas, posições firmes, preocupações em fundamentar os seus pontos de vista, o respeito à academia e os seus conhecimentos profundos sobre o tema, que sem dúvida foram fundamentais para direcionar e delimitar o objeto de estudo, permitindo a evolução desta pesquisa.

Agradeço, ainda, a Cristiane Alves, a Daniela Miranda e a Miriam Cardoso, secretárias da Universidade Presbiteriana Mackenzie, por terem sido profissionais, atenciosas e prestativas sempre que necessitei.

Às bibliotecárias Jucilei e Marta; e a Alynne Nunes, que me motivaram a estudar mais sobre metodologia de pesquisa.

Agradeço igualmente aos profissionais da Universidade Presbiteriana Mackenzie e parceiros de corridas Roberto D. Tredici e Cileide Coutinho.

Ao Luiz Ismael Pereira, pelo aprendizado dos assuntos relacionadas à Capes e projetos de pesquisa.

Ao Mackpesquisa, pelo apoio recebido para apresentar trabalho científico no I Congresso de Direito Constitucional Internacional em Barcelos – Portugal e à Capes, pelo apoio financeiro como bolsista por mérito acadêmico Mackenzie.

Também devo agradecer a receptividade das Universidades da Europa, aqui representadas pelos colegas e pesquisadores Dr. Fabio Veiga Carvalho (Universidade do Vigo), Dr. Rubén Miranda (Universidade de Santiago de Compostela), Dra. Catarina Santos Botelho (Universidade Católica Portuguesa), Dra. Irene Portela (Instituto Politécnico do Cávado e do Ave) e Dr. Jorge Bacelar Gouveia (Universidade Nova de Lisboa).

Agradeço, também, a oportunidade de aprender a organizar eventos acadêmicos ao atuar como membro da Comissão de Eventos da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

À Associação dos Juízes Federais do Brasil, pela oportunidade de fazer parte da organização do Seminário Internacional Diálogos Acadêmicos Brasil/EUA, junto à Columbia University e Fordham Law School, ambas em Nova Iorque.

Ao Bruno Nolasco de Carvalho, pelo incentivo para ingressar no mestrado.

Ao Rafael Carvalho de Fassio, pelas dicas e bibliografias sugeridas.

Agradeço aos amigos que o mestrado me proporcionou, especialmente na Universidade e as meninas com quem dividi apartamento, uma verdadeira experiência de vida em São Paulo.

À Rede Internacional de Excelência Jurídica, pelo convite para assumir a Diretoria de Estudos Jurídicos do Estado de São Paulo.

Ao Governo do Estado de Mato Grosso, primeiro pela experiência profissional, na presidência de Processos Administrativos e Tomadas de Contas Especiais, na Unidade Setorial de Correição da Saúde, e pela indicação como representante do Governo no Conselho do Meio Ambiente, onde atuei como presidente da Segunda Junta de Julgamentos, e também por permitir minha dedicação exclusiva ao mestrado em São Paulo.

Sem dúvida, sinto-me uma pessoa melhor do que quando entrei nesta caminhada acadêmica. Com apoio de vocês, tudo ficou um pouco mais leve.

“Nunca perca a fé na humanidade, pois ela é como um oceano. Só porque existem algumas gotas de água suja nele, não quer dizer que ele esteja sujo por completo.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 incluiu o direito a ações e serviços de saúde, tanto preventivos quanto curativos, devendo ser garantido pelo Estado por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS). Facultou às instituições privadas a participação nesse sistema de forma complementar, desde que obedecidas as suas diretrizes. Contudo, a partir da década de 1990, a Reforma do Aparelho do Estado permitiu a realização de parcerias entre o setor estatal e o terceiro setor (setor público não estatal), com o intuito de tornar mais eficiente a prestação de serviços públicos, especialmente os de saúde. Nesse contexto, promulgou-se a Lei n. 9.637/1998, que possibilitou a qualificação de instituição sem fins lucrativos da sociedade civil como organização social, tornando-a apta a celebrar contrato de gestão com a Administração Pública. Essas parcerias operam a transferência de vultosos recursos públicos para as organizações sociais sem fins lucrativos, por meio de contratos de gestão, motivo pelo qual, torna-se relevante analisar a atuação dos órgãos de controle, em específico, do controle realizado pelos próprios órgãos internos do Poder Executivo. Para tanto, esta pesquisa pretende abordar o repertório teórico sobre o controle interno e os critérios que orientam a Administração Pública, para, em seguida, descrever o panorama normativo sobre as organizações sociais e seu contexto de criação e operacionalização. Para fins de análise empírica, foram examinados os contratos de gestão celebrados com organizações sociais de saúde no âmbito do Estado de São Paulo – em razão da proliferação do modelo de gestão por organizações sociais no referido Estado –, para verificar de que forma estão dispostas as cláusulas que tratam sobre o controle interno, que é capaz de evitar ou coibir o uso irregular de recursos públicos. Por meio da análise do controle interno realizado pelo Poder Executivo, buscou-se contribuir para o (re)direcionamento da atuação da Administração Pública, em parceria com o setor privado em obediência aos princípios que regem a Administração Pública e, no caso específico das organizações sociais de saúde, às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Organizações Sociais. Controle Interno. Recursos Públicos. Reforma do Estado de 1990.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 included the right to health actions and services, both preventive and curative, and should be guaranteed by the State through a Unified Health System (SUS). It has empowered private institutions to participate in this system in a complementary way, provided their guidelines. However, since the 1990s, the Reform of the State Apparatus has enabled partnerships between the state public sector and the third sector (non-state public sector) to be more efficient, especially those of health. In this context, Law n. 9.637/98, which made it possible qualifying as a non-profit organization of civil society as a social organization. Making it capable of entering into a management contract with the Public Administration. These partnerships operate the transfer of large public resources to non-profit social organizations, through management contracts, which is why it is relevant to analyze the performance of the control bodies, in particular, the control carried out by the internal organs of the company in Executive power. In order to do so, this research intends to approach the theoretical repertoire on the internal control and the criteria that guide the Public Administration. Then we describe the normative panorama about the social organizations and their context of creation and operationalization. For purposes of empirical analysis, it is intended to examine management contracts entered into with social organizations within the scope of the State of São Paulo – due to the proliferation of the management model by social organizations in that State – to verify that internal control clauses, which are capable of preventing or curbing the irregular use of public resources. Through the analysis of the internal control carried out by the Executive Power, it was sought to contribute to the (re) direction of the Public Administration in partnership with the private sector in compliance with the principles governing Public Administration and, in the specific case of social organizations Health, to the guidelines of the Unified Health System.

Keywords: Right to Health. Social Organizations. Internal Control. Public Resources. Reform of the State of 1990.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME –	Ambulatórios Médicos de Especialidade
AFIP –	Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia
BM –	Banco Mundial
CEAC –	Centros Estaduais de Análises Clínicas
CEADIS –	Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde
CF –	Constituição Federal
CGCSS –	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CRI –	Centro de Referência do Idoso
CROSS –	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
ENAP –	Escola Nacional de Administração Pública
FIDI –	Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem
FMI –	Fundo Monetário Internacional
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MARE –	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MF –	Ministério da Fazenda
MPOG –	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
ONG –	Organização Não Governamental
ONU –	Organização das Nações Unidas
OS –	Organizações Sociais
OSCIP –	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS –	Organização Social de Saúde
PDRAE –	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
SEDI –	Serviços de Diagnóstico por Imagem
SES/SP –	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
STF –	Supremo Tribunal Federal
SUS –	Sistema Único de Saúde
SPDM –	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 O PANORAMA NORMATIVO DO CONTROLE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	19
1.1 O CONTROLE INTERNO COMO PRINCÍPIO FUNDAMENTAL DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	24
1.2 O CONTROLE INTERNO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA APÓS A REFORMA DO ESTADO NA DÉCADA DE 1990	27
1.3 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO: CONTROLE DE MEIOS E DE RESULTADOS	35
2 A INTERAÇÃO DO TERCEIRO SETOR COM O PODER PÚBLICO NO ÂMBITO DA SAÚDE.....	42
2.1 A REGULAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	47
2.2 OS REFLEXOS DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA ESTRUTURA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	55
2.3 O QUESTIONAMENTO DA LEI FEDERAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS PERANTE O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL	59
3 O CONTROLE DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS: O CASO DO ESTADO DE SÃO PAULO	63
3.1 A LEI DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	65
3.2 A ANÁLISE DOS CONTRATOS DE GESTÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO .	69
3.2.1 Método de seleção dos contratos de gestão e dados sobre a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)	69
3.2.2 Exame dos contratos de gestão celebrados com o Estado de São Paulo e dados sobre a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)	73
CONCLUSÕES	96
REFERÊNCIAS.....	100
ANEXO A – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE QUALIFICADAS NO ESTADO DE SÃO PAULO	112
ANEXO B – RESOLUÇÃO N. 60/2016 – DIÁRIO OFICIAL	122
ANEXO C – CONTRATO DE GESTÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO E TERMOS ADITIVOS DE 2016.....	139

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 ao prever um amplo rol de direitos sociais, incluiu o direito a ações e serviços de saúde, tanto preventivos quanto curativos, devendo ser garantido pelo Estado por meio de um sistema único – o Sistema Único de Saúde (SUS). Facultou às instituições privadas a participação nesse sistema de forma complementar², desde que obedecidas as suas diretrizes. A União ficou responsável pela normatização e pelo gerenciamento estratégico do SUS, devendo também assessorar Estados e municípios, aos quais foi conferida a competência para planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde no âmbito de sua atuação.

A descentralização da execução das ações e serviços de saúde, princípio norteador do SUS previsto na CF/1988, estimulou a contratação entre os entes federativos e a iniciativa privada, mas foi a partir da Reforma do Estado, de 1995, que o fomento à implementação de parcerias entre o Estado e o terceiro setor para a oferta de bens e serviços públicos não exclusivos do Estado se intensificou.

A expansão das modalidades de parcerias entre Estado e entidades da sociedade civil sem fins lucrativos, criadas para atuar em setores de interesse social com o propósito de implementar políticas públicas³, ganha especial destaque no contexto neoliberal, notadamente após a realização do Consenso de Washington, em 1989, em que se propôs a redução do tamanho do Estado⁴, especificamente no que concerne à prestação direta de serviços sociais.

² Possibilita a atuação complementar da iniciativa privada (art. 199, CF/88). O art. 24 da Lei n. 8.080/1990 estabelece que “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

³ Para uma definição de política pública, confira BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 38, n. 12; BUCCI, Maria Paula Dallari. Quadro de referência de uma política pública: primeiras linhas de uma visão jurídico-institucional. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins; BRASIL, Patrícia Cristina (orgs.). **O direito na fronteira das políticas públicas**. São Paulo: Páginas & Letras, 2015, p. 7-11.

⁴ O Consenso de Washington foi formulado por economistas de instituições financeiras estadunidenses, e acreditava-se que a aplicação de suas disposições pelos países ainda em desenvolvimento, como o Brasil, poderia impulsionar seus sistemas econômicos. Nesse sentido, cf. especialmente BANDEIRA, Luiz Alberto Moniz. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. **Rev. Bras. Polít. Int.**, Brasília, v. 45, n. 2, 2002, p. 135-146.

Buscava-se superar o modelo burocrático⁵ de gestão pública e instituir maior dinâmica e qualidade a determinadas atividades. Na área da saúde esse fenômeno levou ao aumento progressivo da execução de serviços pelo terceiro setor a partir da década de 1990, gerando a transferência de recursos públicos para as organizações sociais sem fins lucrativos por meio de contratos de gestão.

Os contratos de gestão constituem o instrumento por meio do qual são realizadas as transferências de recursos públicos para as organizações sociais sem fins lucrativos que atuam na área de saúde⁶. Vale destacar que tais contratos, ainda que não sejam revestidos integralmente de todas as prerrogativas e sujeições que caracterizam o regime jurídico administrativo, preveem direitos e deveres às partes.

Destaca-se que os contratos de gestão, em uma primeira abordagem, funcionam como uma espécie de convênio entre o ente público e as organizações sociais sem fins lucrativos que, por meio do fomento Estatal, visa a atingir a execução de interesse público previamente estabelecido. Essa escolha terminológica deixa transparecer uma primeira delimitação do objeto deste estudo: que tem por objetivo principal investigar a atuação do controle interno da Administração Pública frente ao modelo de gestão por meio das organizações sociais sem fins lucrativos que atuam na área da saúde.

Na execução desses contratos de gestão, a questão da transparência é central com relação ao exercício do controle pelos órgãos competentes e pela própria sociedade, já que se trata de uma exigência imposta pela Constituição Federal a todos os que gerem recursos públicos.

O déficit ou mesmo a ausência de transparência, por sua vez, pode ocasionar impasses para se verificar a adequada aplicação dos recursos públicos (estrutura física, recursos humanos e financeiros) na execução do objeto dos contratos de gestão.

⁵ O vocábulo burocrático é nesse estudo empregado no sentido weberiano de organização formal na condução das atividades administrativas. Cf. KWASNICKA, Eunice Lacava. **Teoria geral da administração**: uma síntese. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991, p. 21-36.

⁶ O contrato de gestão será abordado em seção oportuna desta pesquisa.

Diante desse contexto, torna-se relevante analisar a atuação do controle interno da Administração Pública⁷, na relação entre o ente público e o terceiro setor, visando a garantir o controle da Administração e otimizar o uso dos recursos públicos destinados à saúde.

Este controle pode ser exercido pelo Legislativo, Tribunais de Contas, Ministério Público, Judiciário, sociedade e até mesmo pelo próprio Poder Executivo. A presente pesquisa tem como objetivo o estudo do controle interno da Administração Pública (art. 74, CF/1988), com o intuito de evitar ou coibir o uso irregular dos recursos públicos, buscando identificar seu modo de funcionamento à luz da legislação vigente, com foco na atuação das organizações sociais de saúde.

Com a intenção de delimitar o objeto de pesquisa, optou-se por analisar a experiência do Estado de São Paulo, o que se justifica em razão de essa ser considerada paradigmática em relação à implantação desse modelo em outras regiões do país⁸. Além disso, a Lei Complementar n. 846/1998, do Estado de São Paulo, que dispõe sobre a qualificação das entidades como organizações sociais, foi promulgada em 4 de junho de 1998, ou seja, apenas 21 dias após publicação da Lei Federal n. 9.637/1998.

Nesse contexto, a presente investigação utiliza como metodologia o levantamento bibliográfico e documental, com o suporte da abordagem qualitativa, realizada a partir da análise dos princípios, normas e diretrizes da atuação do controle interno da Administração Pública na fiscalização dos recursos públicos transferidos ao terceiro setor, com enfoque nas organizações sociais sem fins lucrativos que atuam na área da saúde.

Além do aspecto normativo, esta pesquisa analisará as disposições de controle interno, relativas ao órgão fiscalizador e a análise dos contratos de gestão, que foram

⁷ “A pesquisa sobre os limites, falhas e necessários aperfeiçoamentos do controle da Administração Pública precisa ser disseminada pelas Faculdades de Direito e centros de pesquisa para, assim, os problemas concretos serem mapeados e receberem soluções jurídicas.” Cf. MARQUES NETO, Floriano de Azevedo; PALMA, Juliana Bonacorsi de. Os sete impasses do controle da administração pública no Brasil. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 37.

⁸ Confira SANO, Hironobu. **Nova gestão pública e accountability: o caso das organizações sociais paulistas**. 2003, 149 p. Dissertação (mestrado), Governo e Sociedade Civil no Contexto Local. São Paulo, FGV/EAESP, 2003. “As primeiras organizações sociais foram criadas pelo governo federal em 1997. O Estado de São Paulo foi o ente federativo em que essa forma de gestão mais proliferou” SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE**, v. 48, n. 3, 2008. GOMES, Marcio Cidade. Organizações sociais: a experiência da secretaria de estado de saúde de São Paulo. In: LEVY, Evelyn; DRAGO, Pedro Anibal. **Gestão pública no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Fundap, 2005, p. 164.

celebrados pelo Estado de São Paulo no âmbito da saúde, vigentes do exercício orçamentário de 2016. A fim de compreender a atuação do controle interno do Poder Executivo, que pode subsidiar as ações que envolvem a participação social no Sistema Único de Saúde.

Para tanto, a pergunta de pesquisa adotada é: Como os contratos de gestão celebrados entre o Estado de São Paulo e as organizações sociais de saúde são fiscalizados pelo controle interno da Administração Pública? É preciso, por isso, identificar qual o órgão interno da Administração Pública desempenha essa tarefa, além de verificar de que forma os contratos de gestão tratam do controle interno da Administração Pública e quais os critérios para aferir o cumprimento contratual.

É nesse sentido que se verifica os aspectos relevantes acerca do controle e da fiscalização exercida pelo controle interno do Poder Executivo sobre essas organizações. Isso porque, se as organizações sociais de um lado possuem maior grau de liberdade para desenvolver suas atividades, elas podem contratar bens e serviços sem as exigências da licitação, contratar de funcionários em regime celetista, por meio de processo seletivo simplificado – característica que pode proporcionar maior agilidade e eficiência⁹ ao serviço prestado. Por outro lado, a flexibilidade do modelo exige do Poder Público o exercício do dever de controle efetivo e transparente.

Assim, o controle interno da Administração Pública sobre os seus parceiros (organizações sociais), uma vez fortalecido, é capaz de coibir condutas dilapidadoras de determinados gestores e dirigentes de organizações sociais, assim como o eventual descumprimento das cláusulas dispostas no contrato de gestão.

Portanto, os mecanismos fiscalizatórios constituem fatores de confirmação da legitimação que foi atribuída aos que agem utilizando recursos públicos.

Dessa maneira, ressalta-se a relevância social da temática apresentada, que reforça a necessidade de transparência e fortalecimento do controle dos recursos públicos, para evitar desperdícios ou uso inadequado.

O estudo encontra-se estruturado em três partes, de que trataremos adiante, além desta introdução e após a análise dos contratos de gestão, serão tecidas as conclusões.

⁹ Eficiência no sentido estabelecido pelo Plano Diretor da Reforma do Estado, que determina a redução de custos da prestação dos serviços públicos, para aumentar sua qualidade. Inclusive, a eficiência foi inserida como princípio que guia a Administração Pública, por meio da Emenda Constitucional n. 19/1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

A primeira seção identifica e descreve aspectos relevantes do direito vigente em matéria de controle, apresenta um panorama normativo do controle da Administração Pública, que parte da observação dos aspectos jurídicos da Constituição Federal de 1988, princípios e forma de controle.

Esse panorama descritivo visa a subsidiar o apontamento de possíveis deficiências quanto ao controle interno. Ressalta-se que o estudo do controle terá uma abordagem com foco no direito administrativo, em que as normas definem os direitos e obrigações das parcerias entre o Estado e as organizações sociais sem fins lucrativos. Delimitando, ademais, o objeto do estudo, situando o controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor como uma vertente do controle da Administração Pública fomentadora, apresentando os conceitos e limites acerca do controle de meios ou de resultados.

A segunda seção aborda a legislação voltada a instrumentalizar e fomentar a interação do Poder Público com o terceiro setor, com enfoque especial voltado às parcerias das organizações sociais de saúde, seus reflexos na estrutura da Administração Pública, contextualizando o seu surgimento no Brasil e analisando o questionamento quanto à constitucionalidade da legislação que institui o modelo de gestão por meio das organizações sociais.

Posteriormente, a terceira seção explora o controle dos serviços de saúde prestados pelas organizações sociais, o contrato de gestão como meio de transferência da execução de serviços públicos não exclusivos do Estado para as organizações sociais, bem como o respectivo fomento estatal e parâmetro para controle das metas e resultados previstos entre as partes.

Para dar uma dimensão empírica às questões abordadas nas seções anteriores e confrontar a visão teórica com os dados da realidade, será realizada a análise documental nessa seção, por meio do estudo sobre a execução dos contratos de gestão selecionados no âmbito do Estado de São Paulo na área de saúde¹⁰.

Por fim, nessa seção é apresentado um quadro geral descritivo de aspectos relevantes, pertinente ao papel dos contratos de gestão para a transparência e o

¹⁰ Estudo semelhante, porém, no âmbito municipal, foi realizado por CUNHA, Ana Carolina Navarrete Munhoz Fernandes da. **As organizações sociais de saúde na cidade de São Paulo e a efetivação do direito fundamental à saúde**. 2016. Dissertação (mestrado), Direitos Humanos, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2016.

controle estatal, inclusive para subsidiar o controle social da atuação das organizações sociais nas políticas públicas de saúde.

Em virtude do expressivo volume de recursos públicos transferidos às organizações sociais, e pelo fato de o Supremo Tribunal Federal (STF) após discutir por longos anos sobre a constitucionalidade¹¹ da Lei Federal n. 9.637/1998, decidiu que os dispositivos legais que instituem o modelo de gestão por meio das organizações sociais não infringem a Constituição Federal, torna-se relevante ampliar o discurso científico sobre o controle dessas organizações.

Dessa forma, a presente pesquisa pretende contribuir com o desenvolvimento e aperfeiçoamento das relações de controle e fiscalização entre o setor público e as organizações sociais sem fins lucrativos que atuam na área de saúde.

¹¹ O tema será abordado nas seções seguintes.

1 O PANORAMA NORMATIVO DO CONTROLE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A partir de uma perspectiva mais ampla, a ideia de controle encontra-se vinculada ao debate sobre o exercício do poder político. A própria ideia do Estado Democrático de Direito decorre de um longo processo da evolução, abordando a forma como as sociedades se organizaram ao longo dos séculos, com respeito às liberdades civis, direitos humanos e as garantias fundamentais, contra eventuais abusos das autoridades políticas sujeitas às mesmas regras de direito.

Nesse sentido, esses valores integram os princípios republicanos¹² adotados pela Constituição Federal brasileira de 1988, determinando a responsabilização dos gestores e o dever de prestar contas.

No que tange ao Estado Social e Democrático de Direito, o modelo adotado pela Constituição Federal de 1988 se caracteriza, fundamentalmente, pelo compromisso por parte dos Poderes Públicos com a redução das desigualdades existentes na sociedade e a realização da justiça social. Para tanto, foram incluídos no texto constitucional um extenso rol de direitos sociais que dependem, para sua concretização, da formulação e execução de políticas públicas¹³. Além disso, a proteção dos direitos sociais, como educação e saúde¹⁴, é importante para o desenvolvimento pleno das capacidades dos cidadãos e para o exercício de seus direitos civis e políticos, dentre os quais inclui-se a participação nas deliberações públicas¹⁵.

¹² Para uma definição de República, confira: “República é o regime político em que os exercentes de funções públicas (executiva e legislativa) representam o povo e decidem em seu nome, fazendo-o com responsabilidade, eletividade e mediante mandatos renováveis periodicamente. Cf. ATALIBA, Geraldo. **República e constituição**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2004, p. 13.

¹³ Sobre políticas públicas, confira: BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 38, n. 12; BUCCI, Maria Paula Dallari. Quadro de referência de uma política pública: primeiras linhas de uma visão jurídico-institucional. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins; BRASIL, Patrícia Cristina (orgs.). **O direito na fronteira das políticas públicas**. São Paulo: Páginas & Letras, 2015, p. 7-11.

¹⁴ “O direito à saúde e a democracia sanitária são resultados de inovações jurídicas que possuem seus fundamentos na consolidação dos Estados de Direito modernos e na evolução dos sistemas internacionais e nacionais de proteção dos direitos humanos”. Cf. AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 24.

¹⁵ “Esse reconhecimento da necessidade de democratização da própria sociedade, vista como um ente distinto do próprio Estado, mas ao mesmo tempo integrado no Estado, aponta para uma complicada síntese entre o Estado de direito e o Estado Social ou Welfare State.” Cf. FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. **Constituição brasileira: modelo de estado, estado democrático de direito, objetivos e limites jurídicos**. **Parcerias Estratégicas**, v. 1, n. 4, p. 51, 1997.

Num Estado Democrático de Direito, o controle dos processos de tomada de decisões públicas deve ser exercido da forma mais ampla possível. Além da abertura à participação da sociedade civil, a fiscalização deve ser exercida pelos órgãos especialmente investidos de tal função (como os Tribunais de Conta e o Ministério Público, Legislativo e Judiciário) e, ainda, devem ser previstos mecanismos de controle por parte das próprias instituições responsáveis por um determinado ato administrativo. Ou seja, os órgãos estatais e a repercussão de suas ações frente à sociedade devem sujeitar-se ao controle tanto externo quanto interno.

Segundo Maria Sylvia Zanella Di Pietro, o controle tem por finalidade garantir que a Administração atue em concordância com os “princípios impostos pelo ordenamento jurídico como os de legalidade, moralidade, finalidade pública, publicidade, motivação, impessoalidade;”¹⁶ Entende ainda que, “em determinadas circunstâncias, abrange também o controle chamado de mérito e que diz respeito aos aspectos discricionários da atuação administrativa”¹⁷.

Quanto à possibilidade de controle do poder, Bobbio¹⁸ vincula o controle à democracia e a ausência de controle à arbitrariedade. Ressalta a importância do controle sobre a Administração Pública como mecanismo para garantir a observância da legalidade e o atendimento do interesse público; para proporcionar o uso correto dos recursos públicos¹⁹.

O controle, assim, torna-se relevante porque as relações sociais são afetadas por fenômenos socioculturais, políticos e econômicos que interferem na forma como a sociedade percebe as funções do Estado, com relação às finalidades e funcionamento da Administração Pública e as consequentes alterações das relações entre o público e o privado.

Nesse sentido, Bacellar Filho sustenta que “à medida que o Poder Público se organiza, cria um aparelhamento complexo para cuidar de seus serviços e dar

¹⁶ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015, p. 878.

¹⁷ Ibidem, p. 878.

¹⁸ BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

¹⁹ A evolução das formas de controle sobre a atuação do Estado acompanha a própria história da construção do Estado moderno. Nesse sentido, destaque-se a Declaração Francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, porque insere na fase moderna da organização política do Estado, decorrente do princípio republicano predominante na Constituição Federal, o dever de prestar contas, de todos quantos administrem bens públicos em nome dos demais cidadãos. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-à-criação-da-Sociedade-das-Nações-até-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>> Acesso em 10 jun. 2017.

consecução aos seus objetivos"²⁰. Afirmar, ainda, que "a Administração Pública, considerada um aparelhamento constituído pelo Estado para satisfazer o bem comum, deve ter realçada, em sua atuação, a compreensão de que o Estado é uma síntese de todos". Conclui que "a existência da Administração Pública só tem sentido em função de uma justa e eqüitativa distribuição, entre os cidadãos, dos direitos e os encargos sociais"²¹.

Por consequência, é importante destacar a maneira como a literatura do Direito Administrativo tratou do tema do controle. O controle costuma ser abordado como aquele referente à Administração Pública, que, por sua vez, abrange a função administrativa de todos os poderes. Questiona-se acerca da adequação da referência à *Administração Pública*, uma vez que, segundo Monteiro²², seria mais preciso denominar controle da função de administrar, considerando que a função de administrar não é exclusiva do Poder Executivo, sendo realizada de forma atípica pelos Poderes Legislativo e Judiciário.

Nessa lógica, a fim de exemplificar cita-se a determinação contida no art. 1º, § 1º, da Lei n. 9.784/1999, que regula o processo administrativo no âmbito federal, ao estabelecer que as suas disposições também se aplicam aos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário da União, quando no desempenho de função administrativa.²³

Propriamente sobre o conceito atribuído ao controle pelo campo do Direito Administrativo, Di Pietro²⁴ entende que o controle administrativo pode ser definido como "[...] o poder de fiscalização e correção que a Administração Pública (em sentido amplo) exerce sobre sua própria atuação, sob os aspectos de legalidade e mérito, por iniciativa própria ou mediante provocação"²⁵. Além disso, entende que o controle da Administração estaria relacionado ao poder de autotutela da própria Administração Pública, previsto nas Súmulas do STF n. 346 e n. 473, que, por sua vez, dispõem,

²⁰ BACELLAR FILHO, Romeu Felipe. **Direito administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 16.

²¹ Ibidem, p. 25.

²² MONTEIRO, Egle dos Santos. Panorama geral do controle da administração pública. **BDA – Boletim de Direito Administrativo**, ago. 2013, p. 870.

²³ BRASIL. **Lei n. 9.784, de 29 de janeiro de 1999**. Disponível em: < Lei n. 9.784, de 29 de janeiro de 1999>. Acesso em: 20 jun. 2017.

²⁴ Vide também conceitos sobre o controle no âmbito da administração: JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de direito administrativo**. 11. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015, p. 1253-e seguintes. MEDAUAR, Odete. **Direito administrativo moderno**. 18. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 426. MELLO, Celso Antônio Bandeira. **Curso de direito administrativo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2015, p. 963 e seguintes. MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Curso de direito administrativo**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014, p. 254.

²⁵ DI PIETRO, Maria Sílvia Zanella. **Direito administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015, p. 881.

respectivamente: “a administração pública pode declarar a nulidade de seus próprios atos”.

A Administração pode anular seus próprios atos, quando eivados de vícios que os tornem ilegais, porque deles não se originam direitos; ou revogá-los, por motivo de conveniência ou oportunidade, respeitados os direitos adquiridos e ressalvada, em todos os casos, a apreciação judicial.²⁶

Quanto às espécies de controle da Administração Pública, existem vários critérios para classificação²⁷, definidos por Di Pietro quanto ao órgão que o exerce, que pode ser: (i) administrativo, conforme supramencionado; (ii) legislativo, que é o controle exercido pelo Poder Legislativo sobre a Administração Pública; abrange os órgãos do Poder Executivo, administração indireta e o Poder Judiciário, quando realiza função administrativa, que deve se limitar às hipóteses constitucionalmente estabelecidas, a fim de não ofender o princípio da separação dos Poderes²⁸; (iii) judicial, por sua vez, é o controle exercido em conjunto com o princípio da legalidade, tido como um dos fundamentos do Estado de Direito. Com essa característica, a Administração Pública deve sujeitar-se à lei, sendo indispensável ser controlado por um órgão dotado de garantias de imparcialidade, com o propósito de apreciar e invalidar possíveis atos ilegais praticados²⁹.

Quanto ao momento em que é realizado o controle, Di Pietro o classifica como prévio, concomitante ou posterior. Sendo prévio aquele que visa a impedir a prática de ato ilegal ou contrário ao interesse público. O concomitante, como o nome sugere, é aquele que “acompanha a atuação administrativa no mesmo tempo em que ela se verifica; é o que acontece [...] com a fiscalização que se exerce sobre as escolas, hospitais e outro órgão públicos prestadores de serviços à coletividade”³⁰. E o posterior se dá com o propósito de “rever atos já praticados, para corrigi-los, desfazê-los ou apenas confirmá-los; abrange atos como as de aprovação, homologação, anulação, revogação e convalidação”³¹.

²⁶ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015, p. 881.

²⁷ Quanto às classificações das espécies de controle, confira SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. 2009. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2009, p. 85-122.

²⁸ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015, p. 892.

²⁹ Ibidem, p. 897.

³⁰ Ibidem, p. 880.

³¹ Ibidem, p. 880.

Ainda para fins didáticos, o controle da Administração Pública pode ser classificado como interno e externo, considerando o órgão que o exerce:

[...] órgão integrante ou não da própria estrutura em se insere o órgão controlado. É interno o controle o que cada um dos Poderes exerce sobre seus próprios atos e agentes. É externo o controle exercido por um dos Poderes sobre o outro; como também o controle da Administração Direta sobre a Indireta.³²

No que diz respeito ao controle externo, nos termos constitucionais, é aquele exercido por outro poder – ou seja, por poder diverso daquele que é controlado –, pode ser feito pelos demais poderes, como exemplo de controle externo observa-se a apreciação das contas do Executivo e do Judiciário pelo Legislativo; a auditoria do Tribunal de Contas sobre a efetivação de determinada despesa do Executivo; a anulação de um ato do Executivo por decisão do Judiciário; a sustação de ato normativo do Executivo pelo Legislativo³³.

Além disso, tem-se, ainda, o controle popular ou social como forma democrática de fiscalização. O controle social é o exercido pela população, visto que a Administração Pública deve sempre atuar em busca do interesse público.

Por isso, é necessário existir mecanismos que possibilitem verificar a regularidade da atuação da Administração Pública por parte dos administrados, a fim de impedir a prática de atos ilegítimos, lesivos tanto ao indivíduo como à coletividade. Como exemplo do exercício desse controle, cita-se a Ação Popular e Ação Civil Pública, entre outras medidas.

Portanto, a atuação dos órgãos de controle tem um importante papel, tanto preventivamente como também para acompanhar a execução de atos administrativos, a análise das prestações de contas, e, se necessário, comprovado o dano viabilizar após devido processo, o reparo dos danos e retorno ao erário os recursos inapropriadamente despendidos.

³² DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015, p. 880.

³³ Cf. artigos 70 e 71. BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

1.1 O CONTROLE INTERNO COMO PRINCÍPIO FUNDAMENTAL DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 não trouxe um capítulo ou título específico³⁴ que disciplinasse o controle da Administração. Ainda assim, qualquer atuação administrativa deve observar os princípios e as diretrizes estabelecidas no texto constitucional³⁵.

Quanto ao controle interno, considerando o objeto de análise do presente estudo destaca-se o art. 74, segundo o qual os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de:

- I – avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União;
 - II – comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, *bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado*;
 - III – exercer o controle das operações de crédito, avais e garantias, bem como dos direitos e haveres da União;
 - IV – apoiar o controle externo no exercício de sua missão institucional.
- § 1º Os responsáveis pelo controle interno, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade, dela darão ciência ao Tribunal de Contas da União, sob pena de responsabilidade solidária.
- § 2º Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União. (Grifo nosso)³⁶

Além do art. 74, o controle interno também está previsto no art. 31, referente aos municípios, ao dispor que “a fiscalização do Município será exercida pelo Poder

³⁴ Ressalta-se que controle interno não surgiu na Constituição Federal de 1988, pois consta previsão legal no art. 76 da Lei Federal n. 4.320/1964, com relação à execução orçamentária. No entanto, disciplinava o controle com menção unicamente ao Poder Executivo.

³⁵ São aqueles previstos no art. 37, *caput*, da CF/1988: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

³⁶ Cf. art. 74. Ibidem.

Legislativo Municipal, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Poder Executivo Municipal”, que expressamente atribui ao Poder Executivo o comando e determina a aplicação de responsabilidades relacionadas ao sistema de controle interno.

Para reforçar a importância da transparência, o texto constitucional estabelece no parágrafo terceiro do supramencionado artigo que as contas anuais dos municípios ficarão à disposição de qualquer contribuinte por sessenta dias para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade nos termos da lei.

Além dos artigos supramencionados, consta no art. 70, *caput* do texto constitucional, que a fiscalização “[...] também ocorrerá por meio do sistema de controle interno de cada Poder”.

Por essa razão, o controle interno da administração pública pode ser definido como o controle realizado no âmbito da própria Administração Pública, sem a presença de um órgão externo. De forma mais específica, o Departamento do Tesouro Nacional conceituou controle interno como:

O conjunto de atividades, planos, métodos e procedimentos interligados utilizado com vistas a assegurar que o objetivo dos órgãos e entidades da administração pública sejam alcançados, de forma confiável e concreta, evidenciando eventuais desvios ao longo da gestão, até a consecução dos objetivos fixados pelo Poder Público.³⁷

Sobre o planejamento organizacional, que reveste as atividades voltadas ao controle interno, Migliavacca³⁸ o define como sendo todos os métodos e procedimentos adotados, a fim de salvaguardar os ativos, verificar a adequação e o suporte dos dados contábeis, promover a eficiência operacional e encorajar a aderência às políticas definidas pela direção.

Acerca do controle interno na Constituição Federal, salienta Jorge Ulisses Jacoby Fernandes que:

É sim, obrigatória a existência de órgão de controle interno nos três

³⁷ Cf. BRASIL. Instrução Normativa nº 16, de 22 de dezembro de 1991. **Define Conceitos, Diretrizes e Estabelece As Normas de Auditoria do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo.** (Revogada p/IN SFC no 01, de 06.04.2001). Disponível em: < [http://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:1:5071970382387::NO:::~](http://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:1:5071970382387::NO:::)> Acesso em: 20 jun. 2017.

³⁸ MIGLIAVACCA, Paulo Norberto. **Controle interno nas organizações**: um estudo abrangente dos princípios de controle interno: ferramentas para avaliação dos controles internos em sua organização. 2. ed. São Paulo: Edicta, 2004.

poderes da União, na forma estabelecida na Constituição Federal. Mais do que isso: como o art. 75 estende as regras pertinentes ao controle realizado pelos tribunais de contas aos Estados e, tendo o controle interno a função de apoiar o externo, em homenagem à simetria que deve nortear a estrutura do controle, é correto assentar que também as unidades federadas devem possuir sistema de controle interno.³⁹

Desse modo, a ocorrência de falhas ou ausência de atuação relacionadas aos sistemas de controle interno, poderá acarretar em responsabilização de quem gerir recursos públicos. Isso pode ocorrer por meio da atuação de outros órgãos, que apreciam e julgam suas contas, como os órgãos de controle externos – Poder Legislativo, o Tribunal de Contas, o Ministério Público – e o Poder Judiciário.

Nota-se que a adequada organização e atuação do sistema de controle interno no âmbito da Administração Pública, tanto dos serviços que são de execução direta, quanto por meio de parcerias com o terceiro setor, podem resultar na utilização eficiente dos recursos públicos. Ao mesmo tempo, destaca-se o benefício em prevenir a ocorrência de irregularidades, desvios e desperdícios de recursos públicos. Desta maneira, um sistema de controle interno efetivamente atuante pode evitar danos para a sociedade. O controle deve ser eficiente e blindado contra intervenções de ordem política.

No que diz respeito ao âmbito infraconstitucional, diversos atos normativos – seguindo a lógica constitucional – disciplinaram instrumentos e órgãos voltados à realização desse controle.

Além disso, também no plano infraconstitucional, foi reforçada a importância do controle interno no art. 59 da Lei Complementar n. 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal)⁴⁰, que determina que o sistema de controle interno também deve fiscalizar a gestão fiscal de cada Poder, no que se refere a verificar o atingimento das metas estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias; observar os limites e condições para realização de operações de crédito e inscrição em Restos a Pagar; adotar as medidas para o retorno da despesa total com pessoal ao respectivo limite, nos termos dos arts. 22 e 23; tomar providências, conforme o disposto no art. 31 da mesma lei, para recondução dos montantes das dívidas consolidada e mobiliária aos respectivos limites; e verificar a destinação de recursos obtidos com a alienação de ativos.

³⁹ JACOBY, Jorge Ulisses. **Tribunal de Contas no Brasil**: jurisdição e competência. Belo Horizonte: Fórum, 2003, p. 85.

⁴⁰ BRAISL. **Lei Complementar n. 101/2000**. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

Vale mencionar que tais instrumentos e órgãos de controle podem apresentar variações conforme o ente político em que se situam, em razão da sua autonomia para auto-organização⁴¹, atribuída pela CF/1988.

Contudo, de modo geral, a partir do quadro normativo acima apresentado, pode-se identificar a preocupação do legislador com o estabelecimento de controles, buscando delinear os limites entre a esfera pública e a esfera privada.

1.2 O CONTROLE INTERNO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA APÓS A REFORMA DO ESTADO NA DÉCADA DE 1990

No âmbito da reforma do Estado brasileiro, novas formas de gestão governamental e de *accountability*⁴² passaram a ser discutidas. A fim de resgatar o contexto em que se desenvolveram, será abordada uma visão geral do processo reformista, com enfoque na ideia de controle da gestão público não estatal – que diz respeito à prestação de serviços essenciais, sejam eles prestados diretamente pelo Estado ou por entidade da sociedade civil⁴³.

Podemos destacar que desde a Constituição Federal de 1988, adotando-se um modelo burocrático de Administração Pública – no sentido de criar uma estrutura de controle e alterar a forma de ingresso de servidores públicos –, em contraponto aos vícios que caracterizavam a máquina pública dos governos anteriores, entre os quais,

⁴¹ Cf. o art. 18, *caput*. BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

⁴² A literatura reconhece a dificuldade em traduzir, com maior precisão, o termo *accountability*, originário do inglês, por isso, optamos por responsabilização. Nesse sentido, cf. CAMPOS, Anna Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 2, 1990; PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability: já podemos traduzi-lo para o português? **Revista de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 1343-1368, nov./dez. 2009.

⁴³ SANO, Hironobu. **Nova gestão pública e accountability**: o caso das organizações sociais paulistas. 2003, 149 p. Dissertação (mestrado), Governo e Sociedade Civil no Contexto Local, São Paulo: FGV/EAESP, 2003.

o patrimonialismo, o coronelismo e os interesses corporativos⁴⁴, que ainda exerciam considerável influência⁴⁵.

Quanto a esse aspecto, é relevante frisar que, pouco a pouco, a gestão patrimonialista da Administração Pública se tornou incompatível com os anseios da sociedade. Nesse sentido, Getúlio Vargas adotou linha de ação muito distinta da política oligárquica, oportunizando o surgimento de um Estado com papel mais positivo e centralizador na economia, além de ter feito uso de medidas no plano econômico-financeiro, com intervenção no setor produtivo de bens e serviços⁴⁶.

O período do Governo Vargas simboliza, por isso, os primeiros passos na implantação de uma administração burocrática no Brasil⁴⁷.

Cabe lembrar, em breves linhas, que o período anterior à era Vargas era caracterizado por uma sociedade “altamente conservadora, oligárquica e regionalista [...] [na qual] várias crises políticas coexistiram com debates que refletiam as tensões entre o sistema oligárquico, personalista e clientelista, e demandas por uma ordem pública universalista”⁴⁸ Vargas, ao assumir o poder, tomou medidas que, na visão de Nunes, “mudaram para sempre a face do Brasil”⁴⁹.

De fato, durante o governo de Vargas foram introduzidos os princípios da Administração Pública burocrática e a formação de um corpo burocrático profissional, com destaque para a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público, o DASP, em 1938. Esse órgão é considerado um marco, numa tentativa de superar a administração patrimonialista vigente à época. Segundo Bresser Pereira, a criação do órgão, além de ter sido a primeira reforma administrativa brasileira, significou também a “afirmação dos princípios centralizadores e hierárquicos da burocracia clássica”⁵⁰.

⁴⁴ Para uma análise aprofundada dos vícios que caracterizaram a estrutura federalista brasileira, cf. LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto**: o município e o regime representativo no Brasil. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

⁴⁵ BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma gerencial do Estado de 1995. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 7-26, jul./ago. 2000.

⁴⁶ FAUSTO, Boris apud NOHARA, Irene Patrícia. **Reforma administrativa e burocracia**. São Paulo: Atlas, 2012, p. 19.

⁴⁷ SANO, Hironobu. **Nova gestão pública e accountability**: o caso das organizações sociais paulistas. 2003, 149 p. Dissertação (mestrado), Governo e Sociedade Civil no Contexto, São Paulo: FGV/EAESP, 2003.

⁴⁸ NUNES, Edson. **A gramática política do Brasil**: clientelismo e insulamento burocrático. Brasília: ENAP, 1997, p. 48.

⁴⁹ Ibidem, p. 49.

⁵⁰ BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Crise econômica e reforma do Estado no Brasil**: para uma nova interpretação da América Latina. São Paulo: Ed. 34, 1996, p. 273.

Esses princípios, somados às mudanças sociais – especialmente após a Segunda Grande Guerra Mundial em 1945, que possibilitou a criação de uma sociedade massificada, que por sua vez exigia o cumprimento de serviços públicos destinados à coletividade⁵¹ –, levaram, pouco a pouco, a alterações nas instituições jurídicas, tornando a estrutura da Administração Pública cada vez mais complexa.

Por isso, é oportuna a afirmação de Eros Grau⁵², de que o significado dos textos é variável no tempo e espaço, histórica e culturalmente. A interpretação do direito não se trata de mera dedução, mas sim de um processo de contínua adaptação dos textos normativos à realidade e seus conflitos.

Durante o regime militar, na década de 1960, buscou-se descentralizar as atividades do Estado. O marco normativo desse período consistiu no Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, outorgado pelo Presidente Castello Branco.

O Decreto-Lei organizou a estrutura da Administração Pública federal, e criou os órgãos da administração indireta, o que permitiu a descentralização de atividades, além de inserir o planejamento e a obediência ao orçamento público como princípios a serem perseguidos⁵³.

Para Ribeiro et al., a norma pode representar uma primeira tentativa de superar a administração burocrática para possibilitar o surgimento de uma administração de cunho gerencial⁵⁴.

Por consequência, em 1995, já sob o regime democrático, o tema reforma do aparelho do Estado volta a ter evidência, ocasião em que o governo federal desenvolveu um novo modelo de gestão pública que resultou no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, como tentativa de modernizar as práticas administrativas⁵⁵.

⁵¹ Nesse sentido, cf. PIRES, Maria Coeli Simões. Reforma administrativa – reflexões sob a perspectiva político-filosófica. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 34, n. 133, p. 241, jan./mar. 1997.

⁵² GRAU, Eros Roberto. **Ensaio e discurso sobre a interpretação/aplicação de direito**. São Paulo: Malheiros, 2002, p. 49.

⁵³ RIBEIRO, Livia Maria de Pádua et al. **As reformas da administração pública brasileira: uma contextualização do seu cenário, dos entraves e das novas perspectivas**. XXXVII ENCONTRO DA ANPAD, Rio de Janeiro, 2013, p. 4.

⁵⁴ Ibidem, p. 4.

⁵⁵ NOHARA, Irene Patrícia. **Reforma administrativa e burocracia**. São Paulo: Atlas, 2012, p. 1.

Sob a influência do modelo da Nova Gestão Pública (NGP) – que se espalhou por vários países em um contexto de mudanças na gestão administrativa⁵⁶ –, o Plano Diretor afirmava que seu propósito era atacar dois males burocráticos: a ineficiência, relacionada ao excesso de procedimentos e controles processuais; e a baixa responsabilização dos burocratas frente ao sistema político e à sociedade. A fim de atingir esses objetivos, a proposta básica foi flexibilizar a Administração Pública – no sentido de contrapor-se ao rígido modelo burocrático – e aumentar a *accountability*, no sentido de responsabilização governamental, com uma nova forma de prestação de serviços, baseada na criação de organizações sociais⁵⁷.

Quanto a esse aspecto, Bresser Pereira relata que:

A dimensão cultural da reforma significa, de um lado, sepultar de vez o patrimonialismo, e, de outro, transitar da cultura burocrática para a gerencial. Tenho dito que a cultura patrimonialista já não existe no Brasil, porque só existe como prática, não como valor. Esta afirmação, entretanto, é imprecisa, já que as práticas fazem também parte da cultura.⁵⁸

É certo que os privilégios corporativistas e patrimonialistas não são compatíveis com os princípios da Administração Pública, porque podem permitir a utilização da máquina pública em benefício de interesses privados, ou de grupos que não representam o interesse coletivo. Ainda assim, não é fácil extirpá-los de modo completo, sobretudo em um país de tradição escravocrata.

Ficou evidente, no início da década de 1990, mesmo com a adoção do regime democrático após um longo período de ditadura militar, o descontentamento da sociedade brasileira em relação aos rumos da política nacional⁵⁹.

⁵⁶ Nesse sentido, cita-se a influência do Consenso de Washington sobre a gestão administrativa de diversos países, especialmente aqueles ainda em desenvolvimento. Cf. BANDEIRA, Luiz Alberto Moniz. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. **Rev. Bras. Polít. Int.**, Brasília, v. 45, n. 2, p. 135-146, 2002.

⁵⁷ SANO, Hirinobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE**, v. 48, n. 3, 2008.

⁵⁸ BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, jan. 1996.

⁵⁹ Ocorreu uma série de manifestações populares, e também a abertura do processo de *impeachment* do então Presidente Fernando Collor de Mello, que foi o primeiro presidente eleito diretamente pelo povo após a ditadura. Conforme a Resolução n. 101, de 1992, publicada em Diário Oficial da União – Seção 1 – 31/12/1992.

Em meio a esse clima de insatisfação, foi promulgada a Lei Federal n. 8.666/1993 (Lei de Licitação)⁶⁰ com a intenção de fixar parâmetros claros para a realização e o controle das compras públicas.

Seu âmbito de competência não se limitou a esfera federal, com abrangência a todos os entes federativos: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Deu ênfase ao controle dos meios e tratou de maneira igualitária a administração direta e indireta.

Na metade dos anos de 1990, houve uma profunda transformação da gestão administrativa brasileira, que levou à implementação, em 1995, do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Buscou-se modificar a gestão para se alcançar maior eficiência e controle das contas públicas⁶¹.

Criou-se o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), sob o comando de Luiz Carlos Bresser Pereira, com a missão de realizar a reforma do Estado. Com a publicação do PDRAE o Estado “deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento”⁶².

Com fundamento no discurso da necessidade de eficiência, acompanhado das críticas à administração burocrática, junto com a redução das dimensões do Estado mediante abertura ao capital estrangeiro e às privatizações. O Estado passa a ter como função principal planejar, regulamentar e fiscalizar as atividades prestadas pelos particulares. Buscava-se garantir que a iniciativa privada participasse do processo da prestação de serviços decorrentes da previsão, no texto constitucional, de direitos fundamentais, sobretudo os de caráter social⁶³.

O movimento normativo que iniciou este processo foi chamado de *Programa Nacional de Publicização*, institucionalizado por meio da Medida Provisória n. 1.591, de 9 de outubro de 1997, posteriormente convertida na Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, que instituiu a figura das organizações sociais.

⁶⁰ BRASIL. **Lei n. 8666 de 21 de junho de 1993**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

⁶¹ Cf. BRASIL. **Plano diretor de reforma do aparelho do estado**. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

⁶² Ibidem.

⁶³ GASPARETTO, Patrick Roberto. Mudança nas funções do Estado e as parcerias público-privadas no meio ambiente. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, n. 62, p. 507-539, jan./jun. 2013.

Tinha como pressuposto a realização de serviços públicos não exclusivos por pessoas jurídicas de direito privado, com possibilidade de operarem com maior autonomia e flexibilidade, dando ênfase aos resultados, qualidade de serviços e controles.

Destaca Nohara que “por mais paradoxal que se pareça, o então-Ministro chamou tal movimento de ‘publicização’”. Objetivava-se, portanto, transferir para o setor público não estatal a produção de serviços competitivos ou não exclusivos do Estado, estabelecendo-se um sistema de parceria entre Estado e a sociedade no financiamento e controle”⁶⁴.

Nesse momento, o Estado assume postura de regulador e fomentador da prestação de serviços públicos pelo terceiro setor⁶⁵, em vez de prestá-lo somente por via direta, o que demanda o aprofundamento da reflexão acerca das formas de exercício dos mecanismos de controle dos atos da Administração Pública, sobretudo aqueles que implicam na transferência de encargos e responsabilidades à iniciativa privada, resultando no repasse de recursos públicos para realizá-los. Ou seja, o setor público passa de prestador direto de serviços para indutor e regulador do desenvolvimento, o que supostamente resultaria num Estado ágil, inovador e democrático – no sentido de promover maior participação social no controle e decisões relativas à prestação do serviço público. Para desempenhar esse novo papel, há um consenso de que seria necessário reformar o Estado e que para isso existem vários caminhos possíveis, geralmente baseados em um dos três grandes dogmas institucionais da nossa época: o mercado, o Estado e a comunidade⁶⁶.

No plano constitucional, o princípio da eficiência foi expressamente incluído por meio da Emenda Constitucional n. 19, em 1998, cuja ideia já estava presente no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado⁶⁷. O art. 37, *caput*, da CF/1988, passa a indicar os seguintes princípios a serem observados pela Administração Pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Segundo Di Pietro, a eficiência possui dois aspectos:

⁶⁴ NOHARA, Irene Patrícia. **Reforma administrativa e burocracia**. São Paulo: Atlas, 2012, p. 79-80.

⁶⁵ Nesse sentido, cf. posicionamento de Paulo Modesto “*Reforma do Estado, formas de prestação de serviços ao público e parcerias público-privadas: demarcando as fronteiras dos conceitos de serviço público, serviços de relevância pública e serviços de exploração econômica para as parcerias público-privadas.*” **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, n. 2, 2005, p. 21.

⁶⁶ PIMENTA, Carlos César. **A reforma gerencial do estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais**. Disponível em: <www.mare.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2017.

⁶⁷ BRASIL. Presidência da República. **Plano diretor da reforma do estado**. Brasília, 1996.

[...] pode ser considerado em relação ao modo de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atribuições, para lograr os melhores resultados; e em relação ao modo de organizar, estruturar, disciplinar a Administração Pública, também com o mesmo objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público.⁶⁸

Essas mudanças, que indicam o aprofundamento das relações de parceria do setor público com o setor privado, necessitam de controle da Administração Pública, para que não haja favorecimentos e a reprodução das velhas práticas patrimonialistas.

Nota-se que a busca de eficiência é um dos principais objetivos da Nova Gestão Pública, focada em resultados, cujo alcance exige a flexibilização de procedimentos e práticas que até então caracterizavam a gestão pública. Nesse novo cenário, ganha destaque a perseguição de critérios que destaquem o desempenho e a meritocracia, voltadas à premiação daqueles que alcançam melhores resultados. Diante desse objeto primordial, é a eficiência que ganhou importância nas práticas de governo, as chamadas *políticas públicas de gestão*⁶⁹.

Apesar do discurso do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado ter se baseado numa visão por etapas, como se a reforma gerencial tivesse surgido depois da burocrática, Abrucio entende que essa é uma percepção equivocada⁷⁰. Segundo esse autor, houve grande reorganização administrativa do Governo Federal, com destaque para a melhoria substancial do manejo das informações da Administração Pública – pois antes eram desorganizadas, o que teria levado ao fortalecimento das carreiras de Estado. Destaca, ainda, que um número importante de concursos foi realizado e a capacitação feita pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) foi revitalizada. De forma sintética, observa que o ideal meritocrático contido no chamado modelo weberiano não foi abandonado pelo Mare; e sim o contrário, teria sido aperfeiçoado⁷¹.

⁶⁸ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 30. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017, p. 114.

⁶⁹ GOMES, Eduardo Granha Magalhães. **Gestão por resultados e eficiência na administração pública**: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais. 2009, 187 p. Tese (doutorado), Transformações do Estado e Políticas Públicas, EAESP/FGV, São Paulo, 2009, p. 42.

⁷⁰ ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, edição comemorativa, v. 1, p. 67-74, 2007.

⁷¹ Ibidem.

Sobre o controle propriamente, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado ocorreu uma mudança fundamental em seu formato, que antes era focado nos processos, isto é, sobre o aspecto formal e legalista. Portanto, no modelo gerencial proposto pelo PDRAE, o controle deixou de ser baseado nos processos, com a justificativa de que

[...] limitar-se a padrões hierárquicos rígidos e ao concentrar-se no controle dos processos e não dos resultados, revelou-se lento e ineficiente para a magnitude e a complexidade dos desafios que o País passou a enfrentar diante da globalização econômica.⁷²

É importante destacar que essas mudanças da Administração Pública podem estar relacionadas à interferência da globalização na economia mundial⁷³, ocasião em que novos valores estão sendo implementados, de maneira que alteram o papel desempenhado pelo Estado, permitindo maior participação das organizações sociais na prestação de serviços. Assim, no âmbito do terceiro setor surgem novas alternativas para a sociedade civil se organizar para solucionar demandas coletivas de interesse social – entre elas as ações e serviços de saúde.

Nesse contexto, cumpre esclarecer que a organização e o funcionamento eficiente do sistema de controle interno continuam sendo de responsabilidade do gestor, que tem o dever de bem administrar e prestar contas. Incumbe primordialmente ao gestor público a administração dos bens e dos recursos disponibilizados, sem desperdícios e desvios. Também deve demonstrar a realização de uma boa gestão e possibilitar o exercício das atribuições dos órgãos de controle interno, externo e social, garantindo-se diferentes possibilidades de verificação se o gestor agiu de forma correta e adequada.

A análise da tentativa de melhor organizar a Administração Pública, para gerir com mais eficiência os recursos materiais e humanos, empregados na prestação de serviços públicos, demonstra o atual panorama da gestão pública, fortemente calcado no modelo de gestão, que permite a parceria do Estado com o terceiro setor na prestação de serviços públicos.

⁷² Cf. BRASIL. **Plano diretor de reforma do aparelho do estado**. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017, p. 6.

⁷³ Sobre a repercussão da globalização no direito. Cf. FARIA, José Eduardo. **O direito na economia globalizada**. São Paulo: Malheiros, 2004.

Ressalta-se que o modelo gerencial exposto como uma solução para tornar o Estado mais eficiente, ainda é assunto de discussões quanto a pretensa superioridade em relação ao modelo burocrático. Existe um grande desafio quanto ao exame dos mecanismos de controle previstos na legislação federal vigente, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação – se este deve ser formal com ênfase nos meios ou com foco nos resultados, conforme veremos a seguir.

1.3 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO: CONTROLE DE MEIOS E DE RESULTADOS

Um movimento de ampliação de controle da Administração Pública, foi vivenciado no Brasil desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Como exemplo desse movimento, cita-se a autonomia de órgãos de controle e mesmo a criação de novas instituições, como a Controladoria-Geral da União (CGU), que tem o objetivo de verificar a lisura dos gastos orçamentários e verificar a legalidade no exercício das competências⁷⁴.

Também ocorreu a reconfiguração de instituições já consolidadas, como por exemplo o Ministério Público, que passou a ter autonomia frente ao Executivo, e teve a estrutura, orçamento e carreira melhorada para dar maior força a ideia de controle⁷⁵.

A legislação de controle de um modo geral foi fortalecida com a redemocratização e criação mecanismos de controle. Nessa lógica, o Legislativo editou leis que originaram “novas ações, procedimentos, sanções, competências fiscalizatórias e sancionatórias, bem como outras ferramentas de efetivação do controle da Administração Pública”⁷⁶. Como exemplos de legislações editadas que enaltecem a cultura do controle podem ser citadas, a Lei de Improbidade Administrativa (Lei n. 8.429/1992), a Lei Anticorrupção (Lei n. 12.846/2013), entre outras.

⁷⁴ A Controladoria-Geral da União foi criada em 2003, com a promulgação da Lei n. 10.683/2003.

⁷⁵ NETO, Floriano de Azevedo Marques; PALMA, Juliana Bonacorsi de. Os sete impasses do controle da administração pública no Brasil. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 21.

⁷⁶ Ibidem, p. 22.

Essa robusta estrutura de controle levou a questionamentos sobre a forma de avaliação dos atos administrativos. Assim, para avaliar o desempenho de uma determinada política pública, desenvolveu-se uma série de critérios para distinguir o controle de meios do controle de resultados. O controle de meios é caracterizado por Rodrigo Pagani Souza como aquele que “alinha-se com a ideia de promoção do controle estatal sobre os procedimentos pelos quais as entidades privadas gastam os recursos públicos com os quais são contempladas”⁷⁷; já o controle de resultados “alinha-se com a ideia de promoção do controle estatal sobre os resultados por elas alcançados com o emprego dos recursos públicos recebidos”⁷⁸.

Essa distinção também está relacionada à já mencionada Reforma do Aparelho do Estado, na qual ocorreu a substituição do modelo de gestão da Administração Pública. “A diferença fundamental está na forma de controle, que deixa de basear-se nos processos para concentrar-se nos resultados”⁷⁹. Assim, o desempenho da atuação da organização social contratada, que é objeto de estudo, seguindo o modelo da reforma gerencial será avaliado principalmente em função dos resultados atingidos.

Revela a análise das normatizações posteriores à essa Reforma do Aparelho do Estado uma nítida oscilação entre o paradigma do controle de meios e o controle de resultados – ou seja, não necessariamente o postulado no Plano Diretor foi de fato observado nas normas subsequentes. Isso porque se evidencia um acréscimo do controle de meios com a publicação da Instrução Normativa do Tesouro Nacional n. 3, de 25 de setembro de 2003 e do Decreto n. 5.504, de 5 de agosto de 2005, que passaram a estabelecer a exigência de licitação na modalidade de pregão para entes públicos ou privados, nas contratações de bens e serviços comuns. As licitações deveriam ser realizadas em virtude de transferências voluntárias de recursos públicos, decorrentes de convênios ou instrumentos congêneres, ou consórcios públicos.

Evidencia-se, por isso, uma tendência de ampliação do controle de meios, aquele que é meramente procedimental, contrariando a proposta disciplinada pela Reforma Administrativa desencadeada no final da década de 1990. A Reforma, como

⁷⁷ SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. 2009. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 250.

⁷⁸ SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. 2009. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 250.

⁷⁹ Cf. BRASIL. **Plano diretor de reforma do aparelho do estado**. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017, p. 16.

afirmamos, pretendia submeter a um sistema de controle de resultados, com fundamento na filosofia da chamada “administração pública gerencial”, não apenas para as entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais (OS) ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), mas de forma ambiciosa implantar o controle de resultados em toda a Administração Pública⁸⁰.

Tanto a OS como a OSCIP, conforme mencionado, por receberem fomento do Estado, devem se submeter ao controle, deste modo, em análise à legislação referente ao tema, observa-se a tendência, no sentido de privilegiar o controle de procedimentos, que permaneceu com a edição de sucessivas Portarias Interministeriais do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG) e do Ministério da Fazenda (MF). Todavia, em 2007, volta-se para um paradigma não mais alinhado rigorosamente, com o controle de meios. Com a edição do Decreto n. 6.170/2007, complementado pela Portaria Interministerial n. 127/2008, houve a determinação da faculdade de cotação de preços no mercado e registro de seus resultados no Portal dos Convênio, pela entidade privada, ao contratar fornecedores com recursos de origem pública. Essa cotação de preços substituiu a obrigatoriedade anterior de licitação por pregão⁸¹.

Tem-se fortalecido uma “visão do agir estatal em função de resultados”⁸². Na verdade, constitui-se de um desafio no campo do direito administrativo a discussão relativa à criação de instrumentos para atender a essa aspiração⁸³. Rodrigo Pagani de Souza parte da observação de que, na teoria do nosso direito administrativo, essa visão de agir estatal em função de resultados tem crescente expressão em torno de três grandes ideais: “eficiência, política pública e controle de resultados”⁸⁴.

Essas três ideias apresentam como preocupação central uma Administração Pública que apresente resultados concretos à sociedade. Para tanto, devem avançar

⁸⁰ TÁCITO, Caio. Transformações do direito administrativo, RDA 214, p. 32-33 apud SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

⁸¹ NETO, Floriano de Azevedo Marques; PALMA, Juliana Bonacorsi de. Os sete impasses do controle da Administração Pública no Brasil. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 251.

⁸² MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Curso de direito administrativo pós-moderno: legitimidade, finalidade, eficiência, resultados**. Belo Horizonte: Fórum, 2008, p. 134.

⁸³ SOUZA, Rodrigo Pagani de. Em busca de uma administração pública de resultados. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 40.

⁸⁴ Ibidem.

as reflexões por parte dos que compartilham o objetivo de que a Administração brasileira tenha avanço efetivo nessa direção⁸⁵.

O autor propõe, também, que as normas sejam mais detalhistas a respeito dos critérios sobre o conteúdo dos resultados e metas a serem atingidos:

[...] cumpre ao Direito estipular não apenas se haverá ou não metas ou resultados para atingir, mas também delinear quais os possíveis conteúdos dessas metas; definir os meios a empregar ou ações a realizar para alcançá-las; exigir estudos ou estimativas de impacto das ações planejadas; desenhar os processos a seguir para elaborar metas; as formas de monitoramento de sua execução e de avaliação dos resultados efetivamente alcançados; estabelecer previamente quais são as consequências de seu descumprimento (sancionatória ou não, a depender do caso), sempre fixando, de resto, as competências para realizar tudo isso. Cumpre, numa palavra, levar a sério a aspiração de uma administração de resultados, mediante a precisa estipulação jurídica dos seus aspectos fundamentais.⁸⁶

Tais afirmações demonstram que se espera uma atuação da área jurídica em cooperação com as autoridades que tem competência normativa (Poderes Executivo e Legislativo), a fim de disciplinar melhor uma política pública, definindo metas, ou exigindo controle de resultados.

Por exigência das normas, no Brasil os diversos sistemas e órgãos para o controle da Administração Pública deveriam se ocupar mais dos resultados efetivos dos atos públicos, sejam eles originários do Poder Judiciário, das Polícias, do Ministério Público, dos Tribunais de Contas, das Comissões Parlamentares, das Controladorias, Corregedorias e Ouvidorias e dos vários conselhos de participação popular⁸⁷.

No que tange ao terceiro setor, propriamente, também é fundamental a fixação de regras claras pelo setor público sobre a forma como será avaliada a execução dos objetivos firmados, já que há recursos públicos envolvidos e a prestação de um serviço público. Ao realizar o controle dos resultados, tem-se parâmetro para observar se o serviço foi prestado com qualidade, e não somente verificar se os aspectos formais foram atendidos.

⁸⁵ SOUZA, Rodrigo Pagani de. Em busca de uma administração pública de resultados. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 40.

⁸⁶ Ibidem.

⁸⁷ Ibidem.

Nesse sentido, Fabrício Contato Lopes Resende declara que buscar por eficiência na atuação estatal, consiste em definir um efetivo controle de resultados da Administração Pública, motivo pelo qual demanda estudos aprofundados e interdisciplinares. Uma das muitas questões provocadas pela aplicação do controle de resultados da Administração Pública, disciplinada pela Lei Federal n. 13.019/2014, trata de identificar os principais desafios para a implantação de um controle efetivo de resultados nas parcerias entre o estado e as entidades sem fins lucrativos⁸⁸.

A Lei Federal n. 13.019/2014, sancionada em 31 de julho de 2014⁸⁹, trouxe novas regras acerca das parcerias da Administração Pública e as organizações da sociedade civil. Uma de suas principais novidades diz respeito à inclusão de parâmetros de qualidade na formalização das parcerias.

Embora ela não seja aplicável às organizações sociais⁹⁰, tem-se uma estrutura normativa mais robusta sobre a necessidade de controlar os resultados da prestação do serviço, uma vez que a Lei das Organizações Sociais (Lei n. 9.637/1998) apenas trata desse aspecto de forma pouco específica⁹¹. A Lei Federal n. 13.019/2014 tratou do *controle de resultados* nos seguintes dispositivos: art. 2º, XIV; art. 6º, II; art. 23, parágrafo único, VI; art. 58, § 2º; art. 59, § 1º, V; art. 64; art. 66; e art. 67, § 4º, I. É possível afirmar, ainda, que o controle de resultados tratado pela norma possui ligação

⁸⁸ RESENDE, Fabrício Contato Lopes. Controle de resultados e avaliação de desempenho nas novas parcerias da administração pública com entidades sem fins lucrativos. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 247.

⁸⁹ O governo federal prorrogou por 180 dias o prazo para entrada em vigor da Lei n. 13.019/2014, que trata da parceria voluntária entre entes públicos e organizações da sociedade civil e é conhecida como Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil. A data passou de 27 de julho de 2015 para 23 de janeiro de 2016. A entrada em vigor coincidiu com o início da execução do orçamento. A mudança constou na Medida Provisória n. 684. Essa nova lei evidenciou a preocupação com a *vacatio legis*, porque a normativa trouxe várias inovações que necessitavam de um período de adaptação dos destinatários.

⁹⁰ Cf. “Art. 3º não se aplicam as exigências desta Lei: [...] III – aos contratos de gestão celebrados com organizações sociais, desde que cumpridos os requisitos previstos na Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998; [...]”

⁹¹ Cf. “Art. 8º A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada. § 1º A entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os *resultados* alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro. § 2º Os *resultados* atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação. § 3º A comissão deve encaminhar à autoridade supervisora relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.” (Grifo nosso).

próxima com os princípios da eficiência, subsidiando as atividades dos órgãos de controle.

Por isso, para concretizar a eficiência é necessário “reconhecer a importância de controle de resultados na elaboração, na interpretação e na aplicação das normas que regem os ajustes da Administração Pública com entidades sem fins lucrativos”⁹². Resende considera, ainda, que o controle pode aperfeiçoar os trabalhos da Administração Pública, otimizando os serviços públicos:

[...] em favor do controle de resultados incorpora a compreensão do controle como um instrumento para a o aperfeiçoamento da Administração Pública, que não pode ser dissociado da busca de eficiência e da efetividade na satisfação das necessidades públicas.⁹³

No mesmo sentido, Floriano de Azevedo Marques Neto destaca a limitação do controle de meios em relação à Administração Pública. Segundo ele, o controle formal, que incide sobre meios e processos, favorece pouco a análise de consequências ou efeitos. Entende, por isso, que é “imprescindível privilegiar um controle que incide sobre metas e resultados, ou seja, um controle material”⁹⁴.

Em relação ao controle, para Coutinho et al., “o modelo de controle por resultados implica na redução dos controles formais, enfatizando a eficiência. O controle das políticas públicas é realizado através de indicadores de resultados, construídos em conjunto pelos signatários do instrumento de gestão”⁹⁵.

Por isso, o contrato de gestão, além de instrumento de transferência de recursos, deve conter meios para o controle da gestão realizada por instituição privada sem fins lucrativos. Desse modo, no próprio contrato de gestão deve estar descrito um plano de trabalho, as metas, programação de um cronograma de execução do objeto do contrato, os critérios de avaliação de desempenho, previsão de receitas e

⁹² RESENDE, Fabrício Contato Lopes. Controle de resultados e avaliação de desempenho nas novas parcerias da administração pública com entidades sem fins lucrativos. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 249.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ MARQUES NETO, Floriano de Azevedo apud RESENDE, Fabrício Contato Lopes. Controle de resultados e avaliação de desempenho nas novas parcerias da administração pública com entidades sem fins lucrativos. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 249.

⁹⁵ COUTINHO, Frederico de Moraes Andrade et al. Os desafios do controle de resultados nas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP): um estudo do caso de Minas Gerais. II CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA: parcerias com a sociedade: a experiência das OS e OSCIP, 2009.

despesas e a obrigação para apresentar relatórios periódicos sobre a execução do objeto do contrato⁹⁶.

⁹⁶ SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 247.

2 A INTERAÇÃO DO TERCEIRO SETOR COM O PODER PÚBLICO NO ÂMBITO DA SAÚDE

A interação entre o Estado e o terceiro setor ganhou força com a redemocratização e com a reforma administrativa⁹⁷. Como já abordado na seção anterior desta pesquisa, as questões econômicas e sociais transformaram as relações entre o Estado e sociedade civil, que resultaram, mais especificamente, na celebração de parcerias entre o governo e o terceiro setor para a prestação de serviços públicos de titularidade de determinado ente federativo.

Essas relações levariam a alterações no papel do Estado, que, nas palavras de Coutinho, “[...] passaria de executor para indutor de políticas públicas, sendo que,

⁹⁷ Essa interação somente se tornou possível após o fortalecimento da regulação sobre o direito de associação. Assim, torna-se relevante relatar, a título de contextualização histórica, como esteve regulado o direito de associação, que permitiu, ao longo dos anos, que ocorresse a participação da sociedade civil nas ações do Estado. Assim, destaca-se o direito de associação, consagrado nas constituições brasileiras a partir da Constituição Republicana de 1891, na qual o assunto foi disciplinado no § 8º do art. 72: “[...] A todos é lícito associarem-se e reunirem-se livremente e sem armas, não podendo intervir a polícia senão para manter a ordem publica”. A segunda Constituição do Brasil, que trata do direito de associação, foi a de 1934, no Capítulo II, Dos Direitos e das Garantias Individuais, art. 113, item 12: “[...] “É garantida a liberdade de associação para fins lícitos, nenhuma associação será compulsoriamente dissolvida senão por sentença judiciária”. Já a Constituição Federal Brasileira de 1937, outorgada pela ditadura Vargas, restringiu a liberdade de associação quando apenas se mostrasse contrária aos bons costumes. Essa mesma Constituição Federal no seu art. 132, previu que o Estado deveria criar ou auxiliar as já fundadas. Devido às mudanças do cenário político, a Constituição Federal de 1946 voltaria a estabelecer o direito de associação: “Art. 141. [...]§ 12 – É garantida a liberdade de associação para fins lícitos. Nenhuma associação poderá ser compulsoriamente dissolvida senão em virtude de sentença judiciária.”. Por sua vez, a Constituição Federal de 1967 manteve o mesmo tratamento: “Art. 150. [...] § 28 – É garantida a liberdade de associação. Nenhuma associação poderá ser dissolvida, senão em virtude de decisão judicial.” Nota-se, que o tratamento do em relação organização da sociedade civil foi ampliado na Constituição Federal de 1988, segundo diversos incisos constantes do art. 5º. Reforça-se a relação entre o Estado e a sociedade civil organizada na Constituição Federal de 1988, após a Emenda Constitucional n. 19, que tratou da Reforma Administrativa do Estado. A Constituição vedou a interferência estatal no funcionamento das associações, exceto no que toca ao controle e responsabilização pelas atividades executadas no desempenho dos interesses coletivos, conforme previsto no § 6º do art. 37. A partir da análise de todas as Constituições brasileiras, conclui-se que o direito de associação foi inserido no plano constitucional a partir de 1891. Todavia não criava na sociedade um setor independente, apenas garantia o exercício do direito à sociedade civil. Para mais uma análise mais profunda do direito de associação. Cf. BARBIERI, Carla Bertucci. **Terceiro setor**: desafios e perspectivas constitucionais. Curitiba: Juruá, 2008.

novas técnicas de gestão, utilizadas pelo setor privado, entraram em cena como uma espécie de remédio infalível para os problemas da Administração Pública⁹⁸.

É importante esclarecer o contexto no qual as organizações sociais – que são objeto deste estudo – se inserem na sociedade civil. Pode-se afirmar que elas são espécies do gênero *terceiro setor*⁹⁹, que são entes que realizam atividades de interesse público sem finalidades lucrativas. Assim, tem-se duas espécies relativas à prestação dos serviços públicos, que podem ser estatais ou não estatais, embora ambas detenham a característica de *público*.

No entanto, haja vista a complexidade das atividades exercidas pelas entidades do terceiro setor, a doutrina apresenta conceitos distintos, que merecem ser destacados.

Nessa via, Irene Nohara afirma que “Um aspecto que decorre da quebra de fronteiras entre o público e privado é a presença de um setor público não estatal, que consagra atividades da sociedade civil de utilidade pública e sem fins lucrativos”¹⁰⁰. A mesma autora entende que o setor público não estatal abrange o terceiro setor: “Trata-se de uma expressão norte-americana (*third sector*), que designa o conjunto de entidades da sociedade civil organizada, sem fins lucrativos, que desenvolvem atividades de relevância pública”¹⁰¹.

A referida autora também destaca que:

O terceiro setor sempre foi importante, pois ele frequentemente supre omissões do Poder Público na efetivação de direitos sociais, sendo relacionado com múltiplas atividades, como por exemplo, assistência

⁹⁸ “Entre os países pioneiros no processo de modernização da Administração Pública, no que tange à introdução de novos modelos de gestão, cita-se Inglaterra, Nova Zelândia, Austrália e EUA.” (COUTINHO et al. **O desafio do controle de resultados nas OSCIPS**. II CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA – Painel 45: Parcerias com a sociedade: a experiência das OS e OSCIP, 2009.). Ainda sobre a modernização da Administração Pública, cf. análise crítica de BERCOVICI, Gilberto. O Estado Desenvolvimentista e seus impasses. **Boletim de Ciências Econômicas**, Coimbra, v. XLVII, p. 149-180, 2004.

⁹⁹ O primeiro setor refere-se ao ente com personalidade jurídica de direito público, responsável pelas funções públicas essenciais e não delegáveis ao particular como a justiça, segurança, fiscalização e políticas públicas. Nesse sentido, cf. PAGLIANE, Gabriela Bonini; ZANATA, Mariana Lobo. Breves considerações sobre organizações não governamentais: transparência e (in)formalidade. In: COSTA, Ilton Garcia da; SANTIN, Valter Foletto (org.). **Organizações sociais: efetivações e inclusão social**. São Paulo: Verbatin, 2105, p. 99. Já o segundo setor, por sua vez, diz respeito às organizações do mercado, ou seja, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, responsáveis pela produção e comercialização de bens e serviços, visando ao lucro. Nesse sentido, cf. PAGLIANE, Gabriela Bonini; ZANATA, Mariana Lobo. Breves considerações sobre organizações não governamentais: transparência e (in)formalidade. In: COSTA, Ilton Garcia da; SANTIN, Valter Foletto (org.). **Organizações sociais: efetivações e inclusão social**. São Paulo: Verbatin, 2105, p. 99.

¹⁰⁰ NOHARA, Irene Patrícia. **Fundamentos de direito público**. São Paulo: Atlas, 2016, p. 201.

¹⁰¹ Ibidem. p. 201.

social, educação, saúde, cultura, lazer, preservação ambiental, direitos das minorias e promoção do voluntariado.¹⁰²

Segundo Rodrigo Pagani de Souza, a expressão “terceiro setor” é a designação de um conjunto de entidades que não fazem parte nem do mercado (primeiro setor), nem do Estado, que se refere ao “segundo setor”. Portanto, o terceiro setor se refere à realização de atividades de interesse público, sem fins lucrativos, que não integram o aparelho do Estado, tal como ocorre com os órgãos e entidades governamentais¹⁰³.

Para Marçal Justen Filho, por sua vez, o terceiro setor pode ser compreendido da seguinte maneira:

O terceiro setor é integrado por sujeitos e organizações privadas que se comprometem com a realização de interesses coletivos e proteção de valores supraindividuais. Enfim, é uma manifestação da sociedade para promover a realização dos direitos fundamentais, especialmente em vista da constatação da insuficiência dos esforços estatais para atingimento de tais objetivos.¹⁰⁴

Quanto às diversas expressões empregadas na doutrina para designar esse universo de organizações e atividades do “terceiro setor”, destaca Peter Frumkin as seguintes: “setor sem fins lucrativos”, “setor do voluntariado”, “setor das organizações não governamentais (ONGs)”¹⁰⁵, “setor independente”, “setor das entidades das isentas de tributação”, “setor das instituições filantrópicas ou de caridade”, “dos comuns” e “das organizações não proprietárias”¹⁰⁶.

¹⁰² NOHARA, Irene Patrícia. **Fundamentos de direito público**. São Paulo: Atlas, 2016, p. 201.

¹⁰³ SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2009, p. 8.

¹⁰⁴ JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de direito administrativo**. 11. ed. São Paulo: RT, 2015, p. 314.

¹⁰⁵ A expressão ONG, independentemente de definir-se por oposição ao governo, é semelhante à de terceiro setor, pois não pertence à estrutura estatal. Importa esclarecer que são organizações privadas, sem fins lucrativos e têm por objetivo o exercício de alguma atividade de interesse público. ONGs muitas vezes são consideradas como subconjunto do terceiro setor – não o seu todo (COELHO, Simone de Castro Tavares. **Terceiro setor: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos**. 3. ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2005).

¹⁰⁶ Cf. FRUMKIN, Peter. **On being nonprofit: a conceptual and policy primer**, p. 10-16. Nele, o professor da Kennedy School of Government da Universidade de Harvard aponta os períodos históricos em que cada uma dessas expressões esteve em evidência, as principais razões que motivaram o seu emprego, bem como as virtudes e imperfeições de cada uma das expressões. Constata, em suma, que o processo de busca de um único termo para designar esta esfera de atividades tem sido longo e conflituoso (FRUMKIN, Peter apud SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 8).

Ainda com relação à terminologia, no Brasil é comum o uso a expressão “organizações não governamentais”, ou simplesmente ONGs. Rodrigo Pagani de Souza destaca esse aspecto, em razão da popularidade mundial do modelo:

O que é interessante sobre o termo ‘não-governamental’ é o fato de que ele define estas organizações independentes em oposição ao governo, em vez de em oposição às empresas de negócio. Uma possível explicação para a popularidade do termo internacionalmente é o poder e a dominação que o estado usufrui em vários países em desenvolvimento e a relativa ausência de uma oposição organizada. O setor é então definido como aquele que não é parte do estado, em vez de como aquele que não está orientado para fins lucrativos. Esta escolha também reflete, implicitamente, o papel opositor de organizações não-governamentais locais, as quais realmente desafiam governos e exigem-lhes que prestem contas.¹⁰⁷

Devido ao exposto, percebe-se que não há unanimidade de denominação, inclusive porque os conceitos variam conforme a ênfase dada a um dos elementos ou características do terceiro setor, como a abrangência, finalidade ou natureza jurídica das organizações que o compõem. Um fator que pode dificultar a conceituação do terceiro setor, é a heterogeneidade das organizações que o compõem.

Segundo Boaventura:

“Terceiro sector” é uma designação residual e vaga com que se pretende dar conta de um vastíssimo conjunto de organizações sociais que não são nem estatais nem mercantis, ou seja, organizações sociais que, por um lado, sendo privadas, não visam fins lucrativos, e, por outro lado, sendo animadas por objetivos sociais, públicos ou colectivos, não são estatais.¹⁰⁸

Em que pese a dificuldade de conceituação, fato é que a disciplina legal pode apresentar parâmetros sobre qual o tipo de instituição hábil a receber a qualificação para celebrar contrato com o Poder Público. Além disso, essa deve ocorrer pautada em regras claras e que permitam a lisura no uso dos recursos públicos. Uma vez que o Poder Público celebre contrato de gestão com entidade do terceiro setor, deve-se garantir a adequada prestação dos serviços públicos, de forma eficiente e otimizada.

¹⁰⁷ Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 8.

¹⁰⁸ SANTOS, Boaventura de Sousa. **A reinvenção solidária e participativa do estado**. São Paulo: Centro de Estudos Sociais, 1999, p. 14.

Essa relação, no entanto, deve ser pautada por regras que definam as atribuições das entidades e do Estado, como por exemplo: benefícios tributários (reconhecimento de imunidades, isenções tributárias), relações de cooperação (execução de programas com entidades sem fins lucrativos) e relações de controle (avalia legalidade, eficiência, medidas de fomento), entre outras¹⁰⁹. Merece destaque também, como ressalta Rodrigo Pagani de Souza, a relação jurídica de fomento, “por meio da qual o Estado promove ou protege, sem emprego imediato da coação, determinada atividade de interesse público realizado por particulares”¹¹⁰.

A partir da dificuldade conceitual apresentada, tem-se que, no Brasil, as organizações sociais atuam nos setores público estatal e público não estatal – isto é, por meio da descentralização da prestação de um serviço público estatal; e por meio da atuação direta na sociedade civil, prestando serviços de interesse público, sem a participação do Estado. Nesse sentido, é fundamental que o serviço prestado seja público. O conceito de *serviço público*, por sua vez, também é assunto tormentoso na doutrina nacional, a que nos dedicaremos brevemente.

Para Maria Sylvia Zanella Di Pietro¹¹¹, o conceito de serviço público¹¹² não permaneceu estático ao longo do tempo, pois ampliou sua abrangência, de modo que cabe ao Estado, por meio de lei, eleger quais atividades podem ser consideradas serviços públicos. Nesse sentido, é a definição da autora:

[...] toda atividade material que a lei atribui ao Estado para que a exerça diretamente ou por meio de seus delegados, com o objetivo de satisfazer concretamente às necessidades coletivas, sob regime jurídico total ou parcialmente público.¹¹³

Conforme Fernando Aith,

os desafios que se impõem no campo da ciência jurídica e da saúde pública no Brasil concentram-se na necessidade de oferecer ao

¹⁰⁹ SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 27.

¹¹⁰ Ibidem, p. 27.

¹¹¹ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 30. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017, p. 139-144.

¹¹² Para uma análise do conceito e seus desdobramentos, cf. SCHIRATO, Vitor Rhein. **A noção de serviço público em regime de competição**. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

¹¹³ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 30. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017, p. 139.

cidadão garantias concretas e eficazes para que o direito à saúde seja efetivamente desfrutado, de forma universal, igualitária e integral.¹¹⁴

Desse modo, os serviços públicos referentes à implantação das políticas públicas de saúde, que fazem parte do objeto do presente estudo, podem ser executados pelas organizações sociais sem fins lucrativos, que pertencem ao terceiro setor como será melhor detalhado adiante.

Apresentadas as divergências doutrinárias, aborda-se, em seguida, o contexto de criação e a definição das organizações sociais segundo o ordenamento jurídico nacional.

2.1 A REGULAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

No Brasil, o ordenamento constitucional propõe a coparticipação entre Estado e a sociedade civil na garantia dos direitos fundamentais, em especial aos da Ordem Social. Atribui a titularidade concorrente ao Estado e à sociedade em determinadas matérias de interesse público. Todavia, o Estado continua responsável pelo suprimento dessas necessidades sociais, de forma que não pode monopolizar a ação pública, mas tampouco se ausentar da atuação direta¹¹⁵.

Assim, ganhou espaço a transferência da execução de serviços públicos não exclusivos do Estado, como saúde, educação, cultura e pesquisa científica, para as entidades de direitos civis, organizações não governamentais, agências de desenvolvimento, fundações, entidades filantrópicas, que compõem o denominado terceiro setor. Essas atividades, quando prestadas em parceria com o Estado, são realizadas no âmbito da atividade de *fomento* do Estado.

Segundo Irene Nohara,

é permitido o recebimento de incentivo por meio de atividade estatal de **fomento**. A ausência de fins lucrativos de uma organização implica também na vedação de distribuição de lucros aos seus dirigentes,

¹¹⁴ AITH, Fernando; SCALCO, Nayara. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. **Revista USP**, n. 107, p. 46, out./nov./dez. 2015.

¹¹⁵ SOUZA, Leandro Marins. **Parcerias entre a administração pública e o terceiro setor: sistematização e regulação**. Tese (doutorado), Universidade de São Paulo USP, São Paulo, 2010, p. 196.

sendo que os excedentes financeiros devem ser reinvestidos na entidade.¹¹⁶

Assim, para recebimento de fomento do Estado, as organizações sociais – espécie de entidade do terceiro setor, objeto desta pesquisa – devem cumprir requisitos legais no sentido de demonstrar que estão aptas a receber a qualificação jurídica de organizações sociais.

As organizações sociais, como conceitua Maria Sylvia Zanella Di Pietro, trata-se de uma qualificação atribuída a uma pessoa jurídica preexistente, o que permite a realização de parcerias com a Administração Pública:

Organização social é qualificação jurídica dada a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de particulares, e que recebe delegação do Poder Público, mediante contrato de gestão, para desempenhar serviço público de natureza social. Nenhuma entidade nasce com o nome de organização social; a entidade é criada como associação ou fundação e, habilitando-se perante o poder público, recebe a qualificação; trata-se de título jurídico outorgado e cancelado pelo poder público.¹¹⁷

É relevante destacar, primeiramente, a distinção entre as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que também foi criada durante o período de Reforma do Aparelho do Estado, por meio da Lei n. 9.790/1999. Apresentam, em poucas linhas, as seguintes características em comum: são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos; recebem qualificação pelo Poder Público; prestam serviços sociais não exclusivos do Estado; recebem fomento do Estado, e em decorrência disso, estão submetidas ao controle da Administração Pública – tanto internamente, feito por algum órgão do Poder Executivo; quanto externamente, pelo Poder Legislativo, com o auxílio do TCU. Além disso, estão sujeitas ao controle social e também ao judicial. Já a perda da qualificação, pode se dar por pedido ou mediante decisão proferida em processo administrativo ou judicial, desde que asseguradas a ampla defesa e o devido contraditório.

Por outro lado, possuem diferenças: com relação ao vínculo jurídico com o Poder Público, para as organizações sociais é utilizado o contrato de gestão; e para

¹¹⁶ NOHARA, Irene Patrícia. **Fundamentos de direito público**. São Paulo: Atlas, 2016, p. 201.

¹¹⁷ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2017, p. 496.

as organizações da sociedade civil de interesse público, o termo de parceria. Em regra, a organização social é criada para aquele fim, uma vez que a Lei Federal n. 9.637/98 não exige preexistência; já no caso das organizações da sociedade civil de interesse público, exige-se que a instituição se encontre em funcionamento regular há, no mínimo, três anos (art. 1º da Lei Federal n. 9.790/1998). Para receber a qualificação jurídica de OSCIP, basta que a instituição demonstre ter atendido a todos os requisitos dispostos na Lei, uma vez que a outorga é considerada ato vinculado, isto é, independe do exame da conveniência e oportunidade (discricionariedade administrativa). Além disso, não se exige a presença de representantes do Poder Público no Conselho de Administração das OSCIPs; já para as OSs, há essa exigência.

Feita essa distinção, o objetivo desta seção consiste em descrever, com detalhes, a regulação normativa das parcerias realizadas entre o Estado e as organizações sociais, entidades da sociedade civil, sem fins lucrativos, que assim são reconhecidas, ao preencher os requisitos legais. Dessa forma, tornam-se aptas a executar serviços públicos, mediante a celebração de contrato de gestão.

As organizações sociais foram previstas inicialmente na Medida Provisória n. 1.648-7 de 1998¹¹⁸, depois transformada na Lei federal n. 9.637/1998 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e trata da absorção de suas atividades por organizações sociais.

Elas vinham sendo anunciadas pelo Governo Federal desde a criação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. No entanto, alguns Estados-Membros anteciparam-se e disciplinaram a matéria por meio de lei, seguindo o modelo que constava do referido Plano Diretor¹¹⁹.

Em respeito à autonomia federativa, é preciso respeitar as normatizações editadas pelos entes federados, desde que compatíveis com a lei federal, sob pena de violar a estrutura federativa¹²⁰.

¹¹⁸ BRASIL. **Medida Provisória n. 1648-7 de 23 de abril de 1998**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1648-7.htm>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

¹¹⁹ O Estado do Ceará, por exemplo, publicou a Lei n. 12.781, de 30.12.97, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dispôs sobre a qualificação dessas entidades. Posteriormente, a Lei n. 14.158/2008, veio ampliar o leque de atuação das OSs no Estado, incluindo as áreas do turismo, defesa do consumidor e esporte.

¹²⁰ NOHARA, Irene; MARRARA, Thiago. **Processo administrativo**: lei n. 9.784/1999. São Paulo: Atlas, 2009, p. 26-30.

Dessa forma, o Poder Legislativo é primariamente o responsável por criar as leis, para que os Poderes Executivos dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal possam qualificar suas próprias organizações sociais, desde que aprovelem suas leis próprias, uma vez que a Lei Federal n. 9.637/1998 não é uma lei de âmbito nacional, ou seja, aplica-se somente à qualificação de organizações sociais pela União¹²¹.

Contudo, como tratamos, pode a Lei federal servir como modelo¹²² para os Estados e Municípios, com as adaptações segundo suas peculiaridades, em especial no que diz respeito aos serviços que possam, de acordo com a lei, serem prestados pelo setor privado. Desde que a legislação local não contrarie os preceitos da lei federal (art. 15), apresenta-se a possibilidade de obter os mesmos benefícios concedidos às organizações sociais da União (repasse de verbas, cessão de bens etc.).

Especificamente sobre os termos da Lei Federal n. 9.637, de 15 de maio de 1998, tem-se que o Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, que não tenham finalidade lucrativa e cujas atividades sociais sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos os requisitos previstos nesse mesmo diploma.

A qualificação como organização social é concedida pelo Poder Executivo Federal, mediante o atendimento dos requisitos constantes do art. 2º da Lei nº 9.637/1998. Uma vez cumpridos, momento em que é considerada qualificada, a entidade poderá assumir a gestão de bens públicos e ser beneficiada com o recebimento de recursos públicos.

Nessa via, o atendimento desses requisitos deve ser atribuído à entidade civil segundo os critérios de conveniência e oportunidade da Administração. Por isso, além de a entidade se enquadrar aos requisitos da lei (art. 2º), necessita da apreciação discricionária por parte do Poder Público.

¹²¹ A Lei n. 9.637/1998 não é uma lei nacional, cujas normas gerais seriam aplicáveis aos Estados e municípios, tanto assim que ela não faz menção ao assunto, como ocorre, por exemplo, com a Lei Geral de Licitações e Contratos (Lei n. 8.666/1993, art. 1º, parágrafo único). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em 20 jun. 2017.

¹²² Não é obrigatório o modelo federal, é apenas conveniente. Segundo consta, muitos Estados e municípios já aprovaram suas leis, ainda com base na Medida Provisória n. 1.648/1997 (da qual resultou a Lei Federal n. 9.637/1998).

Art. 2º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I – comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
 - b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
 - c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
 - d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
 - e) composição e atribuições da diretoria;
 - f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
 - g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
 - h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
 - i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;
- II – haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado.¹²³

Apesar das palavras “organização” e “social” parecerem genéricas, o legislador as utilizou para qualificar entidades que cumpram os requisitos específicos expressos na lei aplicável para cada ente federado. É relevante, por sua vez, que a entidade não tenha fins lucrativos e invista seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades – ou seja, não é permitida a distribuição dos excedentes financeiros aos membros da entidade. Além disso, o registro do ato constitutivo da entidade, que disponha sobre natureza social de seus objetivos, deve ser relativo à respectiva área de atuação.

¹²³ Cf. BRASIL. **Lei n. 9637 de 15 de maio de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em 20 jun. 2017.

O instrumento jurídico que formaliza a celebração de contrato com a Administração Pública é denominado contrato de gestão, que disciplinará, em específico, as cláusulas atinentes ao momento de execução do contrato.

Com relação à estrutura organizacional, a entidade deve ter como órgãos de deliberação superior e de direção: um conselho de administração e uma diretoria, definidos nos termos do estatuto, assegurada composição e atribuições normativas e de controle previstas no art. 2º da mesma Lei.

Exige-se, também, que o órgão colegiado de deliberação superior tenha a participação de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, os quais devem apresentar notória capacidade profissional e idoneidade moral.

Para auxiliar no controle e transparência determina-se, obrigatoriamente, a publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão.

No que diz respeito ao patrimônio, a norma proíbe a distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade. Em caso de extinção ou desqualificação da organização social, deve haver a incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades à entidade da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados.

As entidades qualificadas por cumprirem os requisitos legais, conforme supramencionado, ficam dispensadas de licitação de acordo com o art. 24, XXIV, da Lei Federal n. 8.666/1993, “para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão”.¹²⁴

Vale destacar que essa dispensa de licitação é referente à contratação da organização social pela Administração Pública. Isso porque a organização, por ser uma entidade de direito privado, pode contratar livremente qualquer empresa para prestar serviços ou fornecer bens. A esse respeito, o art. 17 da Lei n. 9.637/1998 apenas dispõe que a organização social publicará “regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para

¹²⁴ BRASIL. **Lei n. 8666 de 21 de junho de 1993**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público”, afastando a aplicação da Lei n. 8.666/1993¹²⁵.

Uma observação oportuna a respeito da licitação, diz respeito às previsões do Decreto Federal n. 5.504, de 5 de agosto de 2005, em seu art. 1º, e seus §§ 1º e 5º, que determina a realização de procedimento licitatório:

Art. 1º. Os instrumentos de formalização, renovação ou aditamento de convênios, instrumentos congêneres ou de consórcios públicos que envolvam repasse voluntário de recursos públicos da União deverão conter cláusula que determine que as obras, compras, serviços e alienações a serem realizadas por entes públicos ou privados, com os recursos ou bens repassados voluntariamente pela União, sejam contratadas mediante processo de licitação pública, de acordo com o estabelecido na legislação federal pertinente.

[...]

1º Nas licitações realizadas com a utilização de recursos repassados nos termos do caput, para aquisição de bens e serviços comuns, será obrigatório o emprego da modalidade pregão, nos termos da Lei n. 10.520, de 17 de julho de 2002, e do regulamento previsto no Decreto n. 5.450, de 31 de maio de 2005, sendo preferencial a utilização de sua forma eletrônica, de acordo com cronograma a ser definido em instrução complementar.

[...]

5º Aplica-se o disposto neste artigo às entidades qualificadas como Organizações Sociais, na forma da Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, e às entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, na forma da Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999, relativamente aos recursos por elas administrados oriundos de repasses da União, em face dos respectivos contratos de gestão ou termos de parceria.

Ocorre que o Decreto n. 5.504/2005 restringiu essa liberdade no âmbito federal, ao exigir que as obras, compras, serviços e alienações, a serem realizados pelas organizações sociais com recursos da União, sejam contratados por licitação pública, obrigatória, para a aquisição de bens e serviços comuns. Assim, a licitação deve ser realizada sob a modalidade de pregão, preferencialmente o eletrônico.

Em outras palavras, essas organizações segundo o referido Decreto, deverão obedecer à Lei n. 8.666/1993 (Lei das licitações) e Lei n. 10.520/2002 (Lei de modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços

¹²⁵ A dispensa de licitação para as organizações sociais foi questionada perante o Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da ADI 1923-DF, que será tratada mais adiante.

comuns), inclusive no tocante às hipóteses restritas de inexigibilidade e dispensa de licitação.¹²⁶

No entanto, o Decreto n. 6.170, de 25 de julho de 2007, flexibilizou a exigência quanto ao procedimento licitatório, ao estabelecer em seu art. 11 que:

Art. 11. Para efeito do disposto no art. 116¹²⁷ da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, a aquisição de produtos e a contratação de serviços com recursos da União transferidos a entidades privadas sem fins lucrativos deverão observar os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade, sendo necessária, no mínimo, a realização de cotação prévia de preços no mercado antes da celebração do contrato.

Como regra, as contratações realizadas pela Administração Pública devem se submeter a um processo de licitação, conforme determina o art. 37, XXI, da Constituição Federal.

Em razão do princípio da impessoalidade, seria mais seguro e transparente realizar procedimento licitatório, se observado o Decreto n. 5.504/2005. Contudo, percebe-se que o Decreto n. 6.170/2007 e o inciso XXIV do art. 24 da Lei n. 8.666/1993, admitem que as entidades privadas sem fins lucrativos somente realizem uma cotação prévia de preços no mercado para celebrar contratos com recursos da União. Assim, a dispensa de licitação é forma excepcional de contratação.

Acerca dos repasses financeiros efetuados pela Administração Pública ao terceiro setor, esses ocorrem por meio de transferências voluntárias¹²⁸ – e assim denominadas por não se constituírem em transferências obrigatórias (constitucionais e legais).

Nessa perspectiva, Natasha Schimitt Caccia Salinas também entende que o repasse efetua-se por meio de transferência voluntária:

¹²⁶ Brasil. **Lei n. 10.520 de 17 de julho de 2002**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10520.htm>. Acesso em 20 jun. 2017.

¹²⁷ Lei n. 8.666/1993: “Art. 116. Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração.”

¹²⁸ A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101/2000), em seu art. 25 conceitua as transferências voluntárias como “a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional ou legal ou se destine ao Sistema Único de Saúde”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

O repasse de recursos da União às entidades privadas sem fins lucrativos a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira que não decorra de determinação legal ou se destine ao Sistema Único de Saúde – SUS é denominado *transferência voluntária*.¹²⁹

O fomento estatal pode ocorrer, também, por meio da exoneração tributária, pela qual o Estado outorga isenções tributárias, exonerando o particular de suas obrigações tributárias. Outra forma consiste na transferência do erário público a particulares, com o objetivo de promover ou proteger atividade de interesse público¹³⁰.

A partir da relação jurídica entre o Estado e entidade do terceiro setor, o controle emerge como um aspecto fundamental da relação instaurada. Desse modo, toda vez que o Estado realizar o fomento, deve preparar-se para seu controle; noutros termos, verificar ou promover a conformidade do fomento com as normas jurídicas que o regem¹³¹.

Tendo em vista a regulamentação, as organizações sociais podem comprar e contratar serviços sem necessidade de processo licitatório, sendo suficiente apenas cotação de preço de mercado. Tal flexibilidade, reforça a exigência de um adequado controle da destinação dos recursos públicos transferidos.

2.2 OS REFLEXOS DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA ESTRUTURA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A doutrina de Direito Administrativo analisa a respeito das organizações sociais e seu reflexo perante a estrutura organizacional da Administração Pública.

A implantação do modelo das organizações sociais é uma tendência em direção ao aumento da participação privada na prestação de serviços públicos.

Considerando que há previsão constitucional de atividades nas quais, de forma simultânea, a área privada pode atuar com liberdade de iniciativa, sob regime de direito privado e sem delegação do Poder Público, e o Estado atua em caráter

¹²⁹ SALINAS, Natasha Schimitt Caccia apud SOUZA, Leandro Marins. **Parcerias entre a administração pública e o terceiro setor**: sistematização e regulação. 2010. Tese (doutorado), Universidade de São Paulo – USP, 2010, p. 158.

¹³⁰ SOUZA, Leandro Marins. **Parcerias entre a administração pública e o terceiro setor**: sistematização e regulação. Tese (doutorado), Universidade de São Paulo – USP, 2010, p. 28.

¹³¹ Ibidem, 28.

obrigatório, submetido a regime de direito público ou privado, sem qualquer poder de outorga. Os particulares e o Estado atuam em caráter ordinário, sem qualquer exigência de prévia autorização especial da Lei, decorrente de razões de segurança nacional ou relevante interesse coletivo¹³².

As disposições legais permitem, além da prestação direta pelo Estado, alternativamente, que também sejam executados pela área privada, em parceria as atividades sociais (assistência à saúde, educação, produção e proteção cultural, desporto, defesa do meio ambiente, pesquisa científica e tecnológica).

Cabe ao gestor em cada área de atuação, em virtude do poder discricionário escolher qual o modelo utilizar, se prestação própria ou por meio de parceiras com as empresas privadas. Porém, independente da escolha, tem o dever de controle.

Tendo em vista a forma como estão disciplinadas no âmbito federal, podem ser indicadas as seguintes características da organização social:

- a) tem a natureza de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos;
- b) criada por particulares, deve habilitar-se perante a Administração Pública, para obter a qualificação de organização social; ela é declarada, pelo art. 11 da Lei n. 9.637/1998, como “entidade de interesse social e utilidade pública”;
- c) ela pode atuar nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde;
- d) seu órgão de deliberação superior tem que ter representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social são definidas por meio de **contrato de gestão**, que deve especificar o programa de trabalho proposto pela organização social, estipular as metas a serem atingidas, os respectivos prazos de execução, bem como os critérios objetivos de avaliação de desempenho, inclusive mediante indicadores de qualidade e produtividade;
- f) a execução do contrato de gestão será supervisionada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada; o controle que sobre ela se exerce é de resultado;
- g) a ajuda pelo Poder Público poderá abranger as seguintes medidas: destinação de recursos orçamentários e bens necessários ao cumprimento do contrato de gestão, mediante permissão de uso, com dispensa de licitação; cessão especial de servidores públicos, com

¹³² MODESTO, Paulo. Reforma do estado, formas de prestação de serviços ao público e parcerias público-privadas: demarcando as fronteiras dos conceitos de serviço público, serviços de relevância pública e serviços de exploração econômica para as parcerias público-privadas. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, n. 2, maio/jun/jul. 2005.

ônus para a origem; dispensa de licitação nos contratos de prestação de serviços celebrados entre a Administração Pública e a organização social;

h) a entidade poderá ser desqualificada como organização social quando descumprir as normas de gestão.¹³³

Desta forma, legitimou a delegação para as referidas entidades, prestarem serviços sociais não exclusivos ao Estado, mediante o recebimento de benefícios e incentivos por parte do Poder Público. Isso exige do Estado, além de fomentar por meio de recursos públicos à iniciativa privada sem fins lucrativos, também realizar o controle da execução de serviços.

Miguel Reale aponta que:

[...] o Estado não deve se reduzir à economia, cabendo-lhe atuar, com igual força e dedicação, em prol dos valores existenciais da educação, da saúde, do meio ambiente e da cultura, de preferência mediante processos ou planos em parceria com a iniciativa, comprovadamente mais criadora.¹³⁴

A doutrina questiona se há transferência de domínio, uma vez que o Estado estaria transferindo para o setor privado a incumbência de prestar serviços públicos.

Para Maria Sylvia Zanella Di Pietro¹³⁵, as organizações sociais correspondem à redução da estrutura da Administração Pública.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado fala em *publicização* e a própria Lei n. 9.637/98, logo na ementa, fala em *Programa Nacional de Publicização*, para definir a forma como se substituirá uma entidade pública por uma entidade particular qualificada como organização social. No entanto, apesar da terminologia utilizada, não há qualquer dúvida quanto a tratar-se de um dos muitos instrumentos de privatização de que o Governo vem se utilizando para diminuir o tamanho do aparelhamento da Administração Pública. A atividade prestada pelo Poder Público, no regime jurídico publicístico, passa a ser prestada por entidade privada, no regime jurídico de direito privado, parcialmente derogado por normas publicísticas; a entidade pública é substituída por uma entidade privada.

¹³³ DI PETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015, p. 619-620.

¹³⁴ REALE, Miguel apud SOUZA, Leandro Marins. **Parcerias entre a administração pública e o terceiro setor: sistematização e regulação**. Tese (doutorado), Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2010, p. 43.

¹³⁵ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 30. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017, p. 646.

Em sentido contrário, o posicionamento de Paulo Modesto afirma que o Estado não transfere a titularidade da prestação do serviço público, mas somente sua execução, já que continua responsável por fiscalizar a aplicação correta dos recursos públicos¹³⁶.

O Estado não tem efetivamente condições de monopolizar a prestação direta, exclusiva, dos serviços de assistência social de interesse coletivo. Estes podem ser geridos ou executados por outros sujeitos, públicos ou privados, preferencialmente instituição "públicas não estatais" (pessoas privadas de fim público, sem fins lucrativos), consoante diferencia a própria Constituição (CF, art. 199, § 1º), sob a fiscalização e supervisão imediata do Estado. Nestes casos, não prover diretamente não quer dizer tornar-se irresponsável perante essas necessidades sociais básicas ou negar o direito fundamental à saúde, à educação, à defesa do meio ambiente, à pesquisa científica e tecnológica. O Estado não deve nem pode demitir-se da responsabilidade de assegurar e garantir direitos sociais: quando não executar, deve fomentar ou financiar diretamente a execução de serviços sociais necessários à coletividade. O Estado contemporâneo continua executor, regulador, fiscalizador e financiador de serviços sociais, mas pode contar também com mecanismos de parceria ágeis para ampliar a sua capacidade de assegurar a efetiva fruição dos direitos sociais básicos.

Neste sentido, seguindo o entendimento de que nas parcerias com as organizações sociais para execução de serviços de saúde, o Estado faz uso do seu poder discricionário para descentralizar a prestação dos serviços, mas mantém a titularidade, cabendo a transferência de recursos e execução de ações para fiscalizar e favorecer o acesso à informação necessária ao controle interno, externo e social, quanto à aplicação dos recursos públicos.

¹³⁶ MODESTO, Paulo. Reforma do Estado, formas de prestação de serviços ao público e parcerias público-privadas: demarcando as fronteiras dos conceitos de serviço público, serviços de relevância pública e serviços de exploração econômica para as parcerias público-privadas. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, n. 2, p. 21, 2005.

2.3 O QUESTIONAMENTO DA LEI FEDERAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS PERANTE O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

A constitucionalidade de dispositivos legais que estabelecem a parceria entre entes públicos e as organizações sociais foi questionada na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.923, perante o Supremo Tribunal Federal.

Decidiu-se, por maioria, declarar parcialmente procedente o pedido, definindo que as prestações de serviços públicos não exclusivos, realizadas por organizações sociais em parceria com o poder público, são constitucionais, desde que conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios constitucionais que regem a Administração Pública.

Para compreender o complexo cenário em que ocorreu a criação e consolidação do modelo no ordenamento jurídico nacional, é necessário descrever os argumentos relativos à ADI, abordando as decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal.

A Lei Federal n. 9.637/1998, que qualifica as organizações sociais, foi promulgada em 15 de maio de 1998. O modelo de parceria com a Administração Pública criado pela norma, desencadeou insatisfações de ordem política e jurídica, o que culminou na propositura da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1923-DF, ajuizada pelos partidos políticos PT (Partido dos Trabalhadores) e PDT (Partido Democrático Brasileiro), sob relatoria do Ministro Ilmar Galvão.

Em virtude da complexidade da matéria, o pedido foi protocolado em 1º de dezembro de 1998, com pedido de liminar no STF, requerendo a declaração da inconstitucionalidade integral da Lei n. 9.637/1998; ou alternativamente, dos artigos 1º ao 7º, 10 ao 15, 17 ao 20, 21 e 22. Requereu-se, também, a declaração de inconstitucionalidade da redação do art. 24, XXIV, da Lei n. 8.666/1993, estabelecido pela Lei n. 9.648/1998, que prevê a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para execução das atividades contempladas no contrato de gestão¹³⁷.

¹³⁷ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Petição inicial da ADI 1923-DF, p. 20.

Apresentam os autores longas considerações em torno de cada dispositivo das leis indicadas para análise do STF, que em síntese, sustentam que é um processo de “privatização”, por meio de transferência ao “setor público não estatal” as atividades e prestação de serviços nas áreas do ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

Os requerentes afirmam que Programa Nacional de Publicização tem como característica a transferência de atividades executadas pelo Estado (Autarquias e Fundações), para a figura inédita das denominadas organizações sociais, utilizando o argumento contido no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, segundo o qual é preciso melhorar a eficiência e qualidade dos serviços (aspectos econômico e administrativo)¹³⁸.

Em outros termos, os requerentes sustentaram que, no novo modelo, o Estado não tem mais como função primária a prestação direta dos serviços públicos. Para eles, o modelo afrontaria os seguintes dispositivos constitucionais: artigos 5º; 22; 23; 37; 40; 49; 70; 71; 74, § 1º e 2º; 129; 169, § 1º; 175, *caput*; 194; 196; 197; 199, § 1º; 205; 206; 208, § 1º e 2º; 211, § 1º; 213; 215, *caput*; 216; 218, §§ 1º, 2º, 3º e 5º; 225, § 1º, e 209.

Afirmaram, também, que a Lei Federal n. 9.637/1998, busca mais do que incentivar o livre exercício da iniciativa na prestação de serviços não exclusivos, ao permitir a transferir de tarefas a entidades não estatais, vantagens que seriam inerentes à forma de propriedade privada.

A respeito da impugnação do inciso XXIV do art. 24, da Lei Federal n. 8.666/1993, conforme a redação dada pela Lei Federal n. 9.648/1998, os requerentes consideram inconstitucional a contratação de entidade privada sem licitação, e mesmo para ceder bens mediante permissão de uso a entidades privadas.

Os autores da ADI consideraram, em suma, que a lei das Organizações Sociais atribuem privilégios às entidades, que seriam contraditórios à lógica da “publicização”, com evidente afronta à Constituição Federal.

Os requentes prosseguiram que as organizações sociais (entidade pública não estatal) qualificadas, podem, independente de processo de licitação, celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo, e ter acesso a dotação orçamentária, gestão de patrimônio e receita de origem pública, o que também evidenciaria sua

¹³⁸ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Petição inicial da ADI 1923-DF, p. 16.

inconstitucionalidade, por haver baixo grau de controle dessas ações, desprezando-se o modelo de gerenciamento público. Ainda para os requerentes, “essa nova forma de descentralização, defendida pelo Exmo. Presidente da República como salvação para o Estado brasileiro, sustenta-se, portanto, no endeusamento da forma privada de gestão”, com vistas a afastar do regime jurídico administrativo a prestação dos serviços¹³⁹.

O julgamento da medida liminar ocorreu em 1º de agosto de 2007, quase nove anos depois de protocolada, indeferindo o pedido dos requerentes. Em virtude da aposentadoria compulsória do min. Ilmar Galvão, o min. Eros Grau tornou-se o relator para o acórdão.

O argumento predominante, segundo a Corte que levou ao indeferimento do pedido, consistiu na descaracterização do *periculum in mora*, além de também não estar previsto o *fumus boni iuris*.

Ainda segundo a corrente majoritária, o legislador não violou a Constituição por atuar de forma criativa, uma vez que trouxe alternativas de gestão pública, citando como exemplo a instituição pelo governo federal do Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, e a adoção pelo governo do Distrito Federal, ao utilizar o programa de atendimento aos cidadãos em sua própria residência, por meio de contratação em regime celetista de médicos por entidade privada.

O julgamento do mérito da ação somente ocorreria em 16 de abril de 2015, quase 17 anos após a promulgação da Lei das Organizações Sociais. O decurso do tempo levou à consolidação do modelo que, por sua vez, teria seu mérito examinado por tribunal com composição distinta daquela do ano de 1998.

Nessa ocasião, o voto condutor do julgamento, proferido pelo ministro Luiz Fux, então relator da ação, foi no sentido de afastar qualquer interpretação que restringisse o controle da aplicação de verbas públicas pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas. Destacou, com isso, a importância do controle.

O acórdão foi publicado nos seguintes termos:

- (i) o procedimento de qualificação seja conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal, e de acordo com parâmetros fixados em abstrato segundo o que prega o art. 20 da Lei no 9.637/98; (ii) a celebração do contrato de gestão seja conduzida de forma pública,

¹³⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Petição inicial da ADI 1923-DF, p. 21.

objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal; (iii) as hipóteses de dispensa de licitação para contratações (Lei no 8.666/93, art. 24, XXIV) e outorga de permissão de uso de bem público (Lei no 9.637/98, art. 12, § 3o) sejam conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal; (iv) os contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros, com recursos públicos, sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; (v) a seleção de pessoal pelas Organizações Sociais seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; e (vi) para afastar qualquer interpretação que restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas da União, da aplicação de verbas públicas [...].¹⁴⁰

Quanto ao procedimento de qualificação, esse deve ser conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do art. 37 da Constituição Federal, e de acordo com parâmetros fixados em abstrato, segundo o que prega o art. 20 da Lei n. 9.637/1998.

A celebração do contrato de gestão e também os contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros financiados com recursos públicos, devem ser conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios Constitucionais e os termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade.

A seleção de pessoal pelas Organizações Sociais deve ser conduzida seguindo os mesmos princípios e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade. Não há, por isso, a obrigatoriedade de concurso público, exigência cabível somente nas contratações diretas pelas entidades do setor estatal.

Nesse contexto, emerge como dever da Administração Pública valer-se do texto constitucional, para estabelecer um efetivo controle e fiscalização sobre essas entidades, como forma de preservar o interesse público.

¹⁴⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 1932**. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000298225&base=baseAcordaOs>> Acesso em: 20 jun. 2017.

3 O CONTROLE DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS: O CASO DO ESTADO DE SÃO PAULO

As seções anteriores apresentaram o contexto e os motivos que determinaram o atual posicionamento do terceiro setor como promotor de direitos sociais prestacionais, “prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente”¹⁴¹, com enfoque para as ações voltadas ao direito à saúde.

Como exposto, é fundamental o controle pela Administração Pública sobre a execução dos serviços públicos de saúde realizados por meio das parcerias com as organizações sociais que recebem fomento estatal.

Ocorre que, mesmo que o controle seja assunto tipicamente estudado em Direito Administrativo, essa seção tem por objetivo, à luz do direito vigente, da literatura e dos contratos de gestão no âmbito do Estado de São Paulo, analisar a atuação do controle interno do Poder Executivo estatal, para o controle e transparência a fim de inclusive subsidiar e incrementar a participação da própria sociedade civil.

Após a criação do modelo de organizações sociais pelo governo federal, o Estado de São Paulo foi o primeiro¹⁴² Estado-membro a adotar esse modelo de parcerias com entidades sem fins lucrativos¹⁴³. Assim, o objetivo desta seção consiste em apresentar de que forma ocorre o controle interno das organizações sociais de saúde na esfera estadual de São Paulo.

Tendo em vista a auto-organização conferida pelo federalismo brasileiro, no Estado de São Paulo a qualificação de entidades como organizações sociais foi regulamentada pela Lei Complementar n. 846/1998, direcionada apenas para as áreas de saúde e cultura – neste estudo, como já afirmado, serão analisados apenas os contratos de gestão da área de saúde.

¹⁴¹ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 39. ed. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 289-290.

¹⁴² Ressalta-se que o governo do Estado do Ceará publicou Lei n. 12.781, de 30.12.97, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dispôs sobre a qualificação dessas entidades no âmbito estatal cerca de 6 meses antes da publicação da Lei Federal, provavelmente influenciado pelas discussões no âmbito nacional.

¹⁴³ SANO, Hinorobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE**, v. 48, n. 3, 2008.

A adoção do modelo de organizações sociais para prestar os serviços de saúde no Estado de São Paulo teve motivações concretas. Segundo Taborda et al.¹⁴⁴, ao finalizar a construção de 14 novos hospitais, em 1998, o Estado não podia contratar novos profissionais de saúde, necessários para seu funcionamento, porque estava no limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal aos governos estaduais.

Considerando que a relação estabelecida entre a Administração Pública e as organizações sociais qualificadas, como já abordado, prevê a gestão com utilização de bens públicos, repasses de verbas públicas, cessão de servidores, entre outros. A legislação regulamenta o regime jurídico aplicável, estabelecendo diversas espécies de controle, dentre elas o controle no interior da pessoa jurídica.

Assim, além das organizações sociais se submeterem ao controle realizado pelos órgãos de controle externos, com relação ao controle interno a organização social também deve prestar contas ao Poder Executivo ao qual está vinculado (controle interno da Administração Pública) conforme art. 74, II da CF/1988, e também ao controle interno dentro da própria entidade.

Na perspectiva do que se aponta como controle interno da organização social, um aspecto importante para destacar consiste nos requisitos específicos para que as entidades privadas sejam qualificadas como organizações sociais. Dentre esses requisitos, que já foram abordados na seção anterior desta pesquisa, tem-se a exigência de um Conselho de Administração, este com atribuições normativas e de controle básicas, segundo o art. 2º, I, c, da Lei n. 9.637/1998.

Esse controle deve se atentar para os princípios da Administração Pública e, no caso de prestação de serviços de saúde, seguir as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante ressaltar que, sob o prisma constitucional, a preservação da saúde é elencada como direito social (art. 6º) e, no art. 23, assevera que constitui competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde (inciso II), competindo aos mesmos entes legislar concorrentemente sobre a saúde (art. 24, inciso XII).

Em seguida, será abordado a regulação específica do Estado de São Paulo sobre as organizações sociais de saúde. Após interpretação da legislação específica

¹⁴⁴ TABORDA, W.; GOMES, M. C.; PASCHOA, N. F. et al. Organizações sociais de saúde no estado de São Paulo: fundamentos e resultados. In: **Terceiro setor e parcerias na área da saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

estadual e sua correlação com a legislação federal, analisar as cláusulas que tratam sobre o controle interno do Poder Executivo nos contratos de gestão celebrados pela Administração Pública (Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo) e entidades sem fins lucrativos, os valores previstos de transferências para fomento da execução dos objetos dos contratos firmados.

Na amostra de contratos selecionada, observar tanto os valores de custeio quanto os valores de investimento, além das previsões de descontos dos valores variáveis dos contratos de gestão quando constatado pelo controle interno do executivo, o não cumprimento de metas e resultados firmados nos contratos.

Isso porque compete à Administração Pública fiscalizar o cumprimento das metas acordadas no contrato de gestão e acompanhar a execução contratual que deve, além de controlar os resultados, com enfoque no atingimento de metas, também fazer o controle de meios, no sentido de obedecer às formalidades previstas na legislação e nos contratos firmados.

3.1 A LEI DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO ESTADO DE SÃO PAULO

No âmbito do Estado de São Paulo, a organização social é a qualificação dada pelo Poder Executivo Estatal à pessoa jurídica de direito privado sem finalidade lucrativa que atenda aos requisitos da Lei Complementar Estadual n. 846/1998, com atividades dirigidas à saúde e cultura, com baseada na Lei Federal n. 9.637/1998. Inclusive a Lei do Estado de São Paulo foi promulgada apenas 21 dias após a referida Lei Federal que a inspirou.

São leis que apresentam pontos em comum, mas destacamos que existem pontos que as diferem. Nesse sentido, a Lei Complementar n. 846/1998 do Estado de São determina que apenas podem ser qualificadas como organização social as entidades sem fins lucrativos e que comprovem o exercício efetivo de serviços próprios de assistência à saúde, há mais de cinco anos.

A Lei n. 9.637/1998, por outro lado, de âmbito federal, não exige esse requisito temporal de experiência e permite a parceria com pessoas jurídicas sem finalidades lucrativas, que cujas atividades sejam dirigidas não somente à saúde e à cultura, como

também à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente.

A entidade qualificada fica habilitada a participar de convocações públicas feitas pela Administração Pública para a celebração de contrato de gestão, que é o instrumento destinado à formação de parceria entre o Poder Público e organização social para fomento e execução de atividades relacionadas às áreas elencadas acima.

A Unidade de Parcerias com Organizações Sociais serve, assim, para auxiliar o Secretário de Governo no exercício dessas atribuições.

Outra diferença que merece destaque é que os artigos 20 a 22 da lei federal referem-se ao Programa Nacional de Publicização, já abordado, que mencionam a possibilidade de extinção de entidades integrantes da Administração Pública e a absorção de suas atividades por organizações sociais. Essas especificações não foram reproduzidas no modelo estadual adotado no Estado de São Paulo.

A Lei Federal n. 9.637/1998 apresenta como preceitos para a realização do Programa Nacional de Publicização, com a extinção de unidades: (i) a manutenção dos direitos e vantagens decorrentes do respectivo cargo ou emprego dos servidores lotados nos órgãos e unidades a serem extintas, facultando-se aos órgãos e entidades supervisoras a sua cessão – irrecusável e com ônus para a origem – à organização social que viesse absorver as atividades; (ii) a realização de inventário dos bens da unidade extinta, bem como dos valores utilizados na manutenção dos serviços prestados, com vistas ao prosseguimento das atividades sociais; (iii) quando necessário, parcela dos recursos orçamentários poderá ser reprogramada, mediante crédito especial a ser enviado ao Congresso Nacional, para o órgão ou entidade supervisora dos contratos de gestão, para o fomento das atividades sociais, assegurada a liberação periódica do respectivo desembolso financeiro para a organização social; (IV) poderá adotar dos símbolos designativos das unidades extintas, seguidos da identificação "OS", pela organização social que tivesse absorvido suas atribuições.

A extinção prevista de órgãos e entes da Administração Pública direta e indireta, e a sua substituição por pessoas jurídicas de direito privado causou resistência na doutrina. Como é possível observar na opinião de Maria Sylvia Zanella Di Pietro:

O fato de a organização social absorver atividade exercida por ente estatal e utilizar o patrimônio público e os servidores públicos antes a serviço desse mesmo ente, que resulta extinto, não deixa dúvidas de que, sob a roupagem da entidade privada, o real objetivo é o de mascarar uma relação que, sob todos os aspectos, estaria sujeita ao direito público.¹⁴⁵

Quanto ao grau de participação da entidade parceira na redação das cláusulas contratuais, nota-se outra divergência, pois o art. 6º da Lei n. 9.637/1998 estabelece que o contrato de gestão será elaborado “de comum acordo entre as partes”, portanto um alto grau de participação do parceiro. Já, essa mesma disposição não é prevista na Lei Complementar do Estado de São Paulo n. 846/1998, que em seu art. 6º § 4º afirma que o Poder Público dará publicidade da decisão de firmar cada contrato de gestão, indicando as atividades que deverão ser executadas; e cabe às entidades manifestarem interesse na celebração de cada contrato de gestão.

Este fato é apresentado por Gustavo Justino de Oliveira como uma característica do contrato de gestão que atesta a sua natureza de acordo administrativo colaborativo¹⁴⁶, e destaca que, embora a mencionada Lei federal, no seu art. 7º, estabeleça serem as demais cláusulas referentes ao contrato elaboradas pelos ministros de Estado ou autoridades supervisoras área de atuação da entidade, “a versão final do instrumento há de ser aprovada por ambas as partes, notadamente em atenção ao que estipula o caput do art. 6º”¹⁴⁷.

Os serviços de saúde gerenciados por Organizações Sociais em São Paulo, por meio de contrato de gestão, incluem Hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso (CRI), Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS) e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS)¹⁴⁸.

Com a parceria, a administração da unidade de saúde cabe às organizações sociais, mas o serviço de saúde continua sendo público. Nos casos em que o contrato

¹⁴⁵ DI PIETRO, M.S.Z. Parcerias na administração pública. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 286.

¹⁴⁶ OLIVEIRA, G.J. de. Constitucionalidade da Lei Federal n. 9637/98, das organizações sociais: comentários à medida cautelar da ADIn n. 1923-DF, do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito do Terceiro Setor**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 177-210, jul./dez. 2007, p. 189.

¹⁴⁷ Ibidem, p. 189.

¹⁴⁸ Disponível em: <<http://www.governo.sp.gov.br/OSsobre.html>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

prevê, é possível que o Estado forneça bens, equipamentos e mobiliários. Além disso, é possível a cessão de servidores públicos para prestarem serviços na unidade.

Nesse modelo de gestão cabe à Secretaria de Estado de Saúde planejar o serviço que será executado, definir as metas de produção e qualidade, além de garantir os recursos orçamentários para o custeio dos serviços.

A execução dos contratos de gestão celebrados na área de saúde e seus resultados devem ser analisados, por meio de uma Comissão de Avaliação da Execução do Contrato de Gestão, integrada por profissionais de notória especialização, indicados pelo Secretário de Saúde, que emitirão relatório conclusivo, a ser encaminhado aos órgãos de controle interno e externo do Estado.

Segundo o art. 9º da Lei Complementar n. 846/1998, a Comissão também deve ser composta por dois integrantes indicados pelo Conselho Estadual de Saúde, reservando-se, também, duas vagas para membros integrantes da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa.

Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, sob pena de responsabilidade solidária, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, necessitam informar ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e ao Ministério Público do Estado de São Paulo, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação (art. 10º).

A Lei também permite que qualquer cidadão, partido político, associação ou entidade sindical, seja parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pelas organizações sociais ao Tribunal de Contas ou à Assembleia Legislativa (art. 11).

Além disso, deve-se destacar a primazia conferida ao princípio da publicidade e transparência, dado que o balanço e demais prestações de contas da organização social devem, necessariamente, ser publicados no Diário Oficial do Estado e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Art. 9º. [...] § 1º – O contrato de gestão deve prever a possibilidade de o Poder Público requerer a apresentação pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado.

Cumpridos os requisitos legais, as entidades qualificadas como organizações sociais no Estado de São Paulo, após firmarem parceria por meio do contrato de gestão, passam a gerir o objeto do contrato nos termos estabelecidos entre as partes.

3.2 A ANÁLISE DOS CONTRATOS DE GESTÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO

Nesta subseção será abordada a metodologia de seleção dos contratos de gestão e a análise do que as cláusulas apontam com relação ao controle e acompanhamento dos contratos no âmbito do Estado de São Paulo, bem como as previsões de repasses financeiros para custeio, investimento e descontos por descumprimento de metas.

3.2.1 Método de seleção dos contratos de gestão e dados sobre a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)

A metodologia de pesquisa se pautou no estudo bibliográfico da doutrina, legislação e análise dos contratos de gestão, em busca de compreender a implantação do novo paradigma de gestão introduzido no Estado de São Paulo em parceria com as entidades qualificadas.

Apesar de menos utilizada, a pesquisa documental é de grande importância, baseando-se na utilização de documentos primários, originais, chamados popularmente de “primeira mão”, e que ainda não tenham recebido nenhum tratamento analítico.¹⁴⁹

A pesquisa qualitativa tem como objetivo “compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores”¹⁵⁰. Nessa perspectiva, preocupa-se menos com “a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão”¹⁵¹. Por esse motivo, a amostra não deve atender a um

¹⁴⁹ HELDER, R. **Como fazer análise documental**. Porto: Universidade de Algarve, 2006, p. 1-2.

¹⁵⁰ MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Huitec, 2010, p. 23.

¹⁵¹ Ibidem, p. 196.

critério numérico, mas à sua capacidade de refletir a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo¹⁵².

É importante para selecionar a amostragem um prévio olhar panorâmico que contextualize o objeto de estudo e a unidade de análise¹⁵³. Assim, para melhor compreensão do modelo das organizações sociais, nas seções anteriores foi elaborado um panorama normativo do controle e a interação entre o Poder Público e as organizações sociais sem fins lucrativos na saúde por meio da celebração de contratos de gestão.

Para a seleção de uma amostra válida de documentos analisados, optou-se por verificar os contratos de gestão vigentes entre o Estado de São Paulo e as organizações sociais de saúde. Seguindo os quatro critérios de validade para a construção de um *corpus* documental sugeridos por Maria Cecília Minayo: a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência¹⁵⁴.

Como banco de dados¹⁵⁵ utilizou-se o Portal de Transparência do Estado de São Paulo¹⁵⁶ para acessar seu conteúdo na maneira como foram entabuladas entre as partes. O caminho percorrido dentro do portal eletrônico foi acessar na página das Organizações Sociais de Saúde a pesquisa por Unidades Contratualizadas e OSS. No campo de seleção aparecem as OSS qualificadas pelo Estado de São Paulo, sendo necessário selecionar uma por uma.

A legislação pertinente foi localizada também pelos sites oficiais, sendo as de

¹⁵² MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 197. Na obra a autora se refere à amostra de indivíduos, mas por analogia é possível assegurar múltiplas dimensões na análise documental da mesma forma.

¹⁵³ “Tanto do ponto de vista quantitativo quanto do ponto de vista qualitativo, é necessário utilizar todo o arsenal de métodos e técnicas que ambas as abordagens desenvolveram para que fossem consideradas científicas”. A complementaridade dos desenhos de pesquisa confere maior robustez aos resultados. MINAYO, M.C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul.-set. 1993, p. 247.

¹⁵⁴ A exaustividade compreende a capacidade de abarcar todos os aspectos levantados na grade de análise. A representatividade implica que o *corpus* contenha as características essenciais do universo pretendido. A homogeneidade pressupõe que os instrumentos escolhidos foram submetidos aos mesmos critérios de escolha, às mesmas técnicas e possua os mesmos atributos. Por fim, a pertinência, segundo o qual os instrumentos analisados devem ser adequados a responder as perguntas de pesquisa. MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 317.

¹⁵⁵ Durante a fase de coleta de dados, identificaram-se dificuldades em localizar as informações no portal da transparência do Estado de São Paulo. Assim, foi necessário entrar em contato e, ao ligar para o telefone que constava na página do portal, surpreendentemente a pessoa que atendeu informou que o número telefônico não é mais do Governo e que se trata de um prédio comercial. Ou seja, no site transparência uma informação simples e fundamental para permitir o acesso às informações, que o contato telefônico, estava desatualizado. Isso evidencia que não está tão transparente e acessível como deveriam as informações públicas.

¹⁵⁶ Portal de Transparência do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.transparencia.sp.gov.br/organizacoes.html>>. Último acesso em: 20 jun. 2017.

âmbito internacional no site do Planalto e as estaduais no site do Governo do Estado de São Paulo.

A respeito da autenticidade dos documentos encontrados, foram utilizadas fonte oficial – o Portal da Transparência do Estado de São Paulo – para acessar o conteúdo em relação às informações sobre o controle das OSS. Verificou-se que os contratos disponíveis constituíam fotos digitalizadas dos originais, com assinatura das partes. Ainda assim, é pertinente reconhecer que não foi possível averiguar se haviam unidades cujos contratos não estavam disponibilizados. A pesquisa se restringiu a analisar os contratos disponíveis nos portais da transparência do Estado de São Paulo.

Para atingir o objetivo, pesquisou-se o inteiro teor dos contratos de gestão que o site apresentou como vigentes em 2016 no âmbito do Estado de São Paulo e seus respectivos termos aditivos. Quanto à análise das previsões de transferências dos valores, foi delimitado o último exercício orçamentário que compreende janeiro a dezembro de 2016. A fim de verificar qual valor contratualmente previsto que o Estado de São Paulo dispendeu no último exercício orçamentário para as organizações sociais de saúde, e se foram previstos nos aditivos os descontos pelo não cumprimento das metas contidas nos anexos técnicos dos referidos contratos selecionados.

Assim, foi possível realizar o exame a partir dos contratos de gestão que ainda estão em execução no ano de 2017, e, portanto, acessíveis no portal de transparência do Estado de São Paulo, para aferir de que forma o controle foi previsto.

Tem-se, ao todo, a análise de 94 contratos de gestão e seus respectivos termos aditivos referentes a 23 organizações sociais de saúde, que compõem o universo de análise desta pesquisa – estão em 2017 qualificadas 43 organizações sociais de saúde no Estado São Paulo¹⁵⁷ – algumas entidades possuem mais de um contrato firmado com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Ressalta-se que as organizações sociais qualificadas que não tem contratos vigentes, ao serem consultadas no Portal de Transparência, demonstram expressamente esse informe. Já as organizações sociais que possuem contratos vigentes, além de disponibilizarem os contratos em vigor, também aparecem para consulta os contratos não vigentes. Todavia, só entraram na amostra para a análise

¹⁵⁷ Vide Anexo A, dados no Portal de Transparência do Estado de São Paulo disponíveis em: <<http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br>>. Último acesso em: 20 jun. 2017.

os contratos cujas informações apontam como sendo vigentes e o período analisado foi de janeiro a dezembro de 2016.

Após a coleta dos contratos de gestão no Portal da Transparência do Estado de São Paulo, foram organizados os contratos segundo a organização social celebrante, o número do contrato de gestão e seu objeto principal. Elaborado um quadro que permite visualizar outras variações como, por exemplo, volume de recursos transferidos, valores de aporte financeiro, valores destinados ao custeio e investimento, bem como valores dos descontos pelo não cumprimento de metas, que serão tratados em subseção a seguir.

As metas estabelecidas nos contratos de gestão e anexos são os parâmetros para posterior análise da Comissão de Avaliação que é indicada pelo Secretário de Estado de Saúde. A Lei Complementar n. 846/1998, em seu art. 9º, estabelece que a Comissão deve ser composta por profissionais de notória especialização, que emitirão relatório conclusivo, a ser encaminhado ao secretário de Estado e aos órgãos de controle interno e externo do Estado.

No entanto, não consta no Portal da Transparência qualquer informação sobre os integrantes da Comissão. Assim, solicitou-se a informação pelo próprio Portal da Transparência, e também por meio de e-mail dirigido à Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS).

A fim de compreender como é realizado o controle interno do executivo estadual, o quantitativo de servidores e o perfil, foram também realizadas tentativas no sentido de requisitar tais informações por telefone para a SES/SP, mas sem obter sucesso. Posteriormente, foi realizado pedido pessoalmente na Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde – instância responsável por coordenar, no âmbito da SES/SP, as atividades relacionadas à contratação de serviços de saúde, cuja sede se encontra na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo –, mas, após longa espera na recepção, o funcionário da coordenadoria afirmou que entrariam em contato por telefone para agendar reunião com a responsável pelo setor.

No entanto, no dia seguinte, retornaram via telefone, destacando que as respostas das solicitações seriam fornecidas apenas por e-mail, porém sem previsão de data estimada.

Quanto às solicitações feitas pelo Serviço de Informações ao Cidadão (SIC), do Portal de Transparência do Estado de São Paulo, em virtude da Lei de Acesso à Informação (Lei Federal n. 12.527/2011), regulamentada pelo Decreto Estadual

58.052, de 16/05/2012, obteve-se resposta no último dia do prazo estabelecido pela lei (20 dias), cuja justificativa consistiu na necessidade de organizar esse tipo de informação.

Dentro dos 10 dias do prazo recursal, o Governo do Estado de São Paulo respondeu parcialmente as informações de que trataremos a seguir.

No entanto, cabe a crítica sobre a dificuldade em acessar tais informações de forma simples e atualizada. Isso porque, na prática, observou-se que há falha nos mecanismos de transparência, apesar de se tratarem de informações públicas, que, em função do controle social, deveriam estar disponíveis. Ressalta-se que o fato de pedirem mais prazo para levantar tais informações revela que supostamente o Estado não as mantém de maneira organizada e acessível.

3.2.2 Exame dos contratos de gestão celebrados com o Estado de São Paulo e dados sobre a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS)

A fim de compreender as questões referentes aos aspectos empíricos relacionados à avaliação e acompanhamento da execução do modelo jurídico das organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo, foram requisitadas informações à Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS).

Isso porque é preciso compreender seu funcionamento e composição para identificar de que forma o controle interno é exercido.

Esta Coordenadoria tem como finalidade instrumentalizar a contratação de serviços de saúde; realizar a gestão e o controle administrativo e financeiro dos contratos e convênios de serviços de saúde; avaliar a atuação dos provedores, o impacto e os resultados dos serviços de saúde contratados e/ou conveniados; contribuir para o planejamento e a implantação de estratégias de saúde e serviços e coordenar, no âmbito da Secretaria da Saúde, as atividades relacionadas à contratação de serviços de saúde¹⁵⁸.

¹⁵⁸ Cf. art. 4º do **Decreto n. 51.435, de 28 de dezembro de 2006**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51435-28.12.2006.html>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

Quanto à estrutura, a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde é organizada da seguinte forma: Assistência Técnica; Núcleo de Apoio Administrativo; Grupo de Gestão Assistencial, que é composto por três Centros de Contratos de Serviços de Saúde; Grupo de Gestão Econômico-Financeiro, subdividido em três Centros Econômico-Financeiro; possui o Grupo de Regulação, composto por quatro centros, sendo eles o Centro Controlador Metropolitano, o Centro de Agendamentos, o Centro de Apoio aos Contratados e o Centro de Acompanhamento Médico de Urgência; o Grupo de Informações, subdividido em dois Centros e, por fim, o Grupo de Gerenciamento Administrativo, composto pelo Centro de Orçamento e Finanças, Centro de Compras e Suprimentos e Núcleo de Administração Patrimonial e Atividades Complementares¹⁵⁹.

Em resposta à solicitação (Protocolo nº 6117317954), a Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo respondeu apenas a parte das informações requisitadas, limitando-se a informar que a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS) conta com 49 servidores, sendo 42 concursados e 7 comissionados, com formação entre medicina, enfermagem, contabilidade, administração, informática, gestão pública, biologia e alguns servidores com ensino médio, com trabalho de acordo com o Decreto n. 51.435, de 28 de dezembro de 2006.

Declarou, ainda, que são realizadas reuniões trimestrais ordinárias de avaliação de metas e resultados, e a qualquer tempo conforme se julgar necessário. Por fim, ressaltou que todos os contratos constam do Portal da Transparência da Saúde. As informações prestadas não detalham de que forma o controle é realizado nem quais são os membros em exercício atualmente.

Considerando que a análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.¹⁶⁰

¹⁵⁹ Cf. art. 5º organiza a estrutura. A disposição dos níveis hierárquicos, atribuições, competências também são disciplinadas pelo Decreto n. 51.435, de 28 de dezembro de 2006. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51435-28.12.2006.html>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

¹⁶⁰ LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2012.

Parte-se para a análise dos contratos de gestão¹⁶¹, selecionados segundo o parâmetro metodológico.

Na amostra foi observado que o número de contratos por organização social de saúde é bastante variado, oscilando entre 1 a 17, assim distribuídos:

Associação Congregação de Santa Catarina 3; Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia – AFIP 1; Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus 8; Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM 17; Casa de Saúde Santa Marcelina 3; Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social 11; Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência HCFMRPUSP – FAEPA 3; Fundação do ABC 7; Fundação Faculdade de Medicina 1; Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem – FIDI 2; Fundação Padre Albino 1; Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar – FAMESP 7; Fundação PIO XII 2; Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca 1; Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês 3; Santa Casa de Andradina 3; Santa Casa de Misericórdia de Assis 1; Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis 2; Santa Casa de Misericórdia de Itapeva 1; Santa Casa de Misericórdia de Ituverava 1; Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga 3; Santa Casa de Misericórdia e Maternidade Dracena 1; Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo 12.

Acerca da análise do inteiro teor dos contratos, tem-se que apresentam uma estrutura muito similar, geralmente divididos em duas partes: minuta e anexos técnicos. Na minuta, são estabelecidas as obrigações entre as partes: prazo, rescisão e foro. Nos anexos, por sua vez, são definidas as previsões orçamentárias, as regras de metas, volume de atividades a serem executadas, o volume de recursos e cronograma de desembolso.

Para melhor visualização geral dos achados nas análises dos contratos de gestão selecionados, foi elaborado o quadro com informações sintéticas, que serão tratadas na sequência.

¹⁶¹ Esta análise levou em consideração os termos aditivos referentes ao exercício orçamentário 2016, dado ao propósito exploratório desta etapa. Visto que em geral nos contratos de gestão os valores previstos para repasse nos anos subsequentes ao da assinatura do contrato são definidos em termos aditivos, e alterações dos repasses, tanto de aporte para investimentos ou adequação de metas como os descontos por descumprimento de metas, são formalizados em termos aditivos ao contrato principal.

**QUADRO REFERENTE CONTRATOS DE GESTÃO VIGENTES ENTRE
ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E A SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE SÃO PAULO¹⁶²**

Organização Social de Saúde	Contrato de Gestão sob Processo Número	Valor previsto de repasses conforme Contrato de Gestão (12 meses de 2016) R\$	Objeto do Contrato de Gestão	Data de Assinatura do Contrato de Gestão
Associação Congregação de Santa Catarina	001.0500.000.078/2012	13.020.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde do Polo de Atenção Intensiva em saúde mental da Zona Norte – PAI Zona Norte.	01/12/2012
Associação Congregação de Santa Catarina	001.0500.000.23/2014	14.250.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Itapevi – AME Itapevi.	26/06/2014
Associação Congregação de Santa Catarina	Serviços Laboratoriais	41.586.916,16	Operacionalização da gestão e realização de exames laboratoriais no Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Sul – CEAC Zona Sul.	28/12/2012
Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia – AFIP	Serviços Laboratoriais	Custeio 52.740.606,58 Investimento 54.000,00	Operacionalização da gestão e realização de exames laboratoriais no Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Norte – CEAC NORTE.	04/08/2015
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0500.000.057/2014	13.008.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviço de saúde no Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental Franco da Rocha.	19/11/2014
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0500.000.163/2013	151.392.000,00 Investimento para o setor Hemodiálise 36.944,60	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Regional de Presidente Prudente Dr. Domingos Leonardo Cerávolo.	13/2/2014
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0500.000.056./2014	76.620.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual Dr. Albano da França Rocha Sobrinho de Franco da Rocha.	19/11/2014
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0500.000.057./2013	29.580.000,00 Aporte de custeio para realizar mutirão de cirurgia de Retina 520.0000,00 Aquisição de Liptotriptor Ultrassônico 98.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual João Paulo II.	23/12/2013
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0500.000.081./2012	19.080.000,00 Redução do valor de custeio por não cumprir a meta de indicador de qualidade referente a 2 trimestres de 2016 (-) 95.400,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual Porto Primavera.	01/10/2012
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0500.000.036./2014	19.619.520,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Dr. Antonio Carlos Fontoura da Silva.	19/08/2014
Associação Lar São Francisco de Assis na	001.0500.000.107./2012	15.987.868,00 Multirão de cirurgias de Cataratas com acréscimo de 360.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de	20/12/2012

¹⁶² Elaboração da autora.

Providência de Deus			Especialidades Durval Montovaninni – AME Atibaia.	
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0500.000.013/2013	23.863.560,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades São José do Rio Preto – AME São José do Rio Preto.	17/05/2013
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001/0500/000.041/2012	159.675.000,00 Redução por descumprimento de meta indicador de qualidade ref. 4º trimestre de 2015 (-) 104.774,32 Termo Aditivo para ajuste de custeio por alteração no cronograma de obras/entrega de equipamentos na nova UTI mês de abril/2016 UTI (-) 1.000.000,00 no mês de maio (-)500.000,00 Total após retratificações de 158.070.225,68	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital das clínicas Luzia de Pinheiro Melo.	25/06/2012
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000061/2014	Retratificação 145.680.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo Dr. Euryclides de Jesus Zerbini (Hospital Brigadeiro).	23/12/2014
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000037/2016	116.235.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual de Diadema Governador Orestes Quêrcia.	20/12/2016
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000058/2014	167.160.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral “Professor Dr. Waldemar de Carvalho Pinto Filho” de Guarulhos.	19/11/2014
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001/0500/000.025/2015	132.960.000,00 Repasse referente à sincronização de 4 geradores e a instalação de aparelho de tomografia 313.725,00 Aquisição de macas 94.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral de Pedreira.	15/06/2015
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000033/2016	Devido alteração no cronograma de implementação do Serviço de cirurgia cardíaca infantil reajustado para 119.640.000,00 Aquisição de equipamento 280.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral de Pirajussara.	20/12/2016
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000.165/2013	16.588.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde da Unidade Recomeço Helvetia.	20/12/2013

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000.052/2014	Previsto 40.112.364,00 Por descumprimento de indicador de qualidade – acompanhamento para Hospital Dia – Monitoramento de Execução de Procedimentos Seleccionados, no 4 trimestre/2015 desconto de 227.911,18 Investimento para adequação física prédio para auto de vistoria do Corpo de Bombeiros repasse de 523.596,41 Para mutirão de cirurgia de cataratas acréscimo de 90.000,00 Por descumprimento de indicador de qualidade – acompanhamento para Hospital Dia – Monitoramento de Execução de Procedimentos Seleccionados, no 3 trimestre/2016 desconto 250.702,28 Total 39.723.750,54	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Maria Zélia – AME Maria Zélia.	01/01/2015
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000.018/2016	Jan./set. 7.699.788,00 Out./dez. 2.566.596,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Mogi das Cruzes – AME Mogi das Cruzes.	30/09/2016
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000.049/2015	12.096.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidade Psiquiátrica Dra. Jandira Mansur – AME Vila Maria.	01/01/2015
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000.032/2015	9.422.784,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Taboão da Serra – AME Taboão da Serra.	17/07/2015
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000.048/2015	Custeio de mar./dez. 7.989.500,00 Investimento 1.048.591,20 Por descumprimento de indicador de qualidade – Política de Humanização – Pesquisa de Satisfação, Tempo médico em Reabilitação Gerontológica e Qualidade na informação, no 3 trimestre de 2016 desconto de 114.000,00 Total 7.875.500,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Idoso Oeste.	01/03/2016
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000.012/2013	18.376.212,00 Sofreu readequação de metas assistenciais no segundo semestre de 2016	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde Ambulatório de Especialidades de São José dos Campos – AME São José dos Campos.	15/05/2013
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000.006/2016	Jul./dez. Custeio 2.839.023,97 Investimento 1.921.332,83	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Idoso Sudeste.	01/06/2016

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	001.0500.000.016/2016	Jan./ago. 4.752.315,00 Ago./dez. 2.851.389,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Centro de Reabilitação Lucy Montouro – São José dos Campos.	19/08/2016
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM	Sem número	31.814.281,92 Investimento para aquisição de equipamentos para o serviço de Análises Clínicas e Anatomia Patológica 51.188,98	Operacionalização da gestão e realização de exames laboratoriais no Centro Estadual de Análise Clínicas da Zona Leste – CEAC Zona Leste.	09/04/2012
Casa de Saúde Santa Marcelina	001.0500.000.068/2011 Em vigor em 2017 o contrato de gestão n. 001.0500.000.034/2016	116.280.000,00 Por descumprimento de indicadores de qualidade (núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Procedimento Selecionado – Tratamento Cirurgia Varizes) ref. 2º trimestre/2016 redução de 89.244,90 Para aquisição de equipamento 160.060,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral de Itaquaquecetuba.	16/12/2011
Casa de Saúde Santa Marcelina	001.0500.000.069/2011 Em 2017 vigente o contrato de gestão n. 001.0500.000.031/2016	119.593.620,00 Aquisição de equipamentos médico-hospitalares 49.917,60	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral “Santa Marcelina” do Itaim Paulista.	16/12/2011
Casa de Saúde Santa Marcelina	001.0500.000.050/2012 Em 2017 vigente o contrato de gestão n. 001.0500.000.156/2016	26.400.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidade da Zona Leste.	31/05/2012
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	001.0500.000.058/2013	116.424.000,00 Ajuste de metas de saídas hospitalares em Clínica Obstétrica de agosto a dez./2016 com “porte de 215.998,85	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral “Dr. Francisco de Moura Coutinho” de Carapicuíba (Hospital Geral de Carapicuíba).	01/12/2013
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	001.0500.000.065/2011 Vigor em 2017 n. 001.0500.000.035/2016	109.158.000,00 Aquisição de equipamentos médico-hospitalares 299.200,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral de Itapevi.	22/12/2016
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	001.0500.000.030/2014	7.128.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Baixada Santista – PAI Baixada Santista (PAI Baixada Santista).	07/07/2014
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	001.0500.000.037/2014	16.205.376,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Carapicuíba (AME Carapicuíba).	10/08/2014

Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	001.0500.000.007/ 2014	15.580.740,00 Por descumprimento de indicadores de qualidade – Controle de infecção Hospitalar (CMA Catarata) – Monitoramento de Execução de Procedimentos Selecionados no segundo trimestre/2016 Desconto de 97.379,63 Mutirão de cirurgias de Cataratas acrescentou 630.000,00 Total 16.113.360,37	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Parquera-Açu (AME Parquera-Açu).	31/03/2014
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	001.0500.000.062/ 2011 Em vigor no ano de 2017 o contrato de gestão n. 001.0500.000.081/ 2016	13.96.800,00 Mutirão de cirurgias de Cataratas acrescentou 90.000,00 Total 13.186.800,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Dona Maria Lopes (AME Jundiá).	16/01/2012
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	001.0500.000.050/ 2014	17.515.488,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Jardim dos Prados (AME Jd dos Prados).	01/01/2016
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	01.0500.000.002/ 2015	9.412.776,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Olavo Silva Souza (AME Itu).	23/02/2015
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	01.0500.000.054/ 2013	18.687.216,00 Readequadas metas no segundo semestre/2016. Mutirão de cirurgias de Cataratas acrescentou 150.000,00 Total 18.837.216,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico Especialidades de Santos – AME Santos.	01/12/2013
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	01.0500.000.006/ 2014	3.000.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Centro de Medicina de Reabilitação Luci Montoro – Santos.	22/04/2014
Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social	01.0500.000.013/ 2014	1.800.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Unidade de Reabilitação Lucy Montoro de Parquera-Açu (Lucy Montoro de Parquera-Açu).	23/05/2014
Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência HCFMRPUSP – FAEPA	01.0500.000.003/ 2014	22.020.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater (CRSM Mater – Ribeirão Preto).	05/03/2014
Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência HCFMRPUSP – FAEPA	01.0500.000.033/ 2015	59.100.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual Américo Brasiliense.	31/07/2015

Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência HCFMRPUSP – FAEPA	01.0500.000.099/2012	29.100.000,00 Ajustes de meta internação de set./dez. Investimento para aquisição de equipamentos 178.250,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual de Ribeirão Preto.	01/01/2013
Fundação do ABC	01.0500.000.054/2014	46.080.000,00 Por descumprimento de meta de indicador de Qualidade (qualidade de informação) ref. 2º trimestre/2016 redução de 34.560,00 Investimento para aquisição de mobiliário hospitalar 216.300,16	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário.	19/11/2014
Fundação do ABC	01.0500.000.055/"014	63.900.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual "Professor Carlos da Silva Lacaz" de Francisco Morato (Hospital Estadual de Francisco Morato).	19/11/2014
Fundação do ABC	01.0500.000.040/2012	178.320.000,00 Para aquisição de equipamentos e material permanente 290.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual Mário Covas de Santo André (Hospital Estadual de Santo André).	25/06/2012
Fundação do ABC	01.0500.000.024/2014	20.280.000,00 Por descumprimento de meta de Atividade Assistencial (internação) ref. 1 trimestre/2016 redução de 1.014.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Instituto de Infectologia Emilio Ribas II – Baixada Santista.	27/06/2014
Fundação do ABC	01.0500.000.047/2013	19.490.580,00 Readequação de metas assistenciais para o 2 semestre 2016. Por descumprimento de meta de indicador de Qualidade – Pesquisa de satisfação redução de 48.726,45 Mutirão de cirurgias de Cataratas acrescentou 180.000,00 Total 19.621.853,55	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Praia Grande (AME Praia Grande).	04/11/2013
Fundação do ABC	01.0500.000.020/2015	16.486.788,00 Por descumprimento de meta de indicador de Qualidade – Acompanhamento para Hospital dia– Monitoramento de Execução de Procedimentos Selecionado: ref. 4º trimestre/2015 desconto de 99.640,85 ref. 2º trimestre/2016 desconto de 101.796,91 Mutirão de cirurgias de Cataratas acrescentou 90.000,00 Total 16.375.350,24	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Dr. Newton da Costa Brandão (AME Santo André).	05/05/2015

Fundação do ABC	01.0500.000.035/ 2011 e 01.0500.000.001/ 2016	Jan./set. 7.38.655,00 Set./dez. 3.041.280,65 Investimento para reforma do sistema de esgoto 528.045,88	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Mauá (AME Mauá).	23/11/2011
Fundação Faculdade de Medicina	01.0500.000.001/ 2016	38.260.529,28	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Instituto de Reabilitação Lucy Montoro.	01/09/2015
Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem – FIDI	01.0500.000.009/ 2014	Inclusão de implantação de serviço de Hemodinâmica no Hospital Luzia de Pinho Melo, ajustes de metas, inclusão de serviço de tomografia 75.438.236,64 Por não cumprir metas no: 4º trimestre/2015 desconto de 27.039,85 1º trimestre/2016 desconto de 39.160,35 2º trimestre/2016 desconto de 45.138,16 Total 75.326.898,28	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem I (SEDI I).	28/05/2014
Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem – FIDI	01.0500.000.067/ 2014	67.173.906,00 Inclusão do Hospital Dr. José Pangella com usuário de serviços de Tomografia Inclusão de exames de Ressonância Magnética no Hospital de Osasco	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem III (SEDI III).	27/02/2015
Fundação Padre Albino	001.0500.000.023/ 2011 e 001.0500.000.015/ 2016	Jan./ julho 4.972.440,00 Jul./dez 3.574.498,00 Out./dez. mutirão de cirurgia de cataratas	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Catanduva (AME Catanduva).	26/07/2011
Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar – FAMESP	001.0500.000.079/ 2012	155.316.000,00 aumento do custeio para 157.940.228,02	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual de Bauru.	01/11/2012
Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar – FAMESP	001.0500.000.007/ 2013	10.416.000,00 Suspensão de execução de serviço para reforma, desconto de 6.560.570,04 Total 3.855.429,96	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual Manoel de Abreu – Bauru.	01/04/2013
Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar – FAMESP	01.0500.000.071/ 2011 2107 vigente 001.0500.000.138/ 2016	29.400.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde na Maternidade Santa Isabel.	03/02/2012
Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar – FAMESP	001.0500.000.018/ 2013	13.464.000,00 Readequação de metas Mutirão de cirurgias de cataratas 90.000,00 Total 13.554.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Bauru (AME Bauru).	29/05/2013

Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar – FAMESP	001.0500.000.056/2012	14.176.848,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 135.000,00 Total 14.311.848,80	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Ourinhos (AME Ourinhos).	23/10/2012
Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar – FAMESP	001.0500.000.017/2013	11.799.576,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Itapetininga (AME Itapetininga).	29/05/2013
Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar – FAMESP	001.0500.000.016/2013	14.016.800,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 96.000,00 Total 14.112.800,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Tupã (AME Tupã).	31/05/2013
Fundação PIO XII	001.0500.000.006/2015	7.712.088,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 90.000,00 Total 7.802.088,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Cirurgia Ambulatorial Barretos (AME Cirúrgico Barretos).	26/03/2015
Fundação PIO XII	001.0500.000.022/2011 e 001.0500.000.013/2016	Jan./jun. 5.055.003,85 Jun./dez 5.609.331,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Geral de Barretos (AME Geral Barretos).	22/06/2011
Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca	001.0500.000.065/2014	17.842.452,00 Mutirão cirurgia de Cataratas	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Dr. Cirilo Barcelos (AME Franca).	21/01/2015
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	001.0500.000.066/2011 Em 2017 em vigor: 001.0500.000.032/2016	133.644.000,00 Para modernizar elevadores repasse de 476.468,34	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual do Grajaú Professor Liberato John Alphonse Di Dio (Hospital Geral do Grajaú).	15/12/2011
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	001.0500.000.025/2014	30.060.000,00 Para aquisição de equipamentos médico-hospitalares repasse de 245.017,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Regional de Jundiaí.	11/06/2014
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	001.0500.000.070/2011	13.144.436,00 Para aquisição de equipamentos médico oftalmológicos repasse de 105.000,00 Por descumprimento de meta no indicador de qualidade – Qualidade da informação – Cancelamento/Inserção de agenda (CROSS) desconto de 34.434,72 Total 13.110.001,28	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Interlagos (AME Interlagos).	15/12/2011
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	001.0500.000.002/2012	6.091.284,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Serviço de Reabilitação Lucy Montoro de Mogi Mirim (Lucy Montoro de Mogi Mirim).	02/05/2012
Santa Casa de Andradina	001.0500.000.067/2013	11.066.400,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 150.000,00 Total 11.216.400,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Promissão (AME Promissão).	27/12/2013

Santa Casa de Andradina	001.0500.000.001/2014	14.633.400,00 Por descumprimento de meta no indicador de qualidade – Qualidade da informação – Inserção de dados 1 trimestre/2016 Desconto 18.291,75 Mutirão cirurgia de Cataratas 150.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Dr. Edmon Alexandre Salomão (AME Andradina).	14/03/2014
Santa Casa de Andradina	001.0500.000.066/2013	18.612.300,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 300.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Dr. Oscar Gurjão Cotrim (AME Araçatuba).	27/12/2013
Santa Casa de Misericórdia de Assis	001.0500.000.077/2011	11.526.912,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 150.000,00 Total 11.676.912,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Assis (AME Assis).	13/08/2012
Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis	001.0500.000.041/2015	3.993.600,00 Por descumprimento de meta no indicador de qualidade – Qualidade da informação – Entrega de documentos no 1 trimestre/2016 desconto de 4.992,00 Por descumprimento de meta no indicador de qualidade – Controle de infecção Hospitalar– desconto de 24.835,20	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Fernandópolis (AME Fernandópolis).	27/10/2015
Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis	001.0500.000.045/2015	2.040.000,00 Por descumprimento de meta no indicador de qualidade – Qualidade da informação – Entrega de documentos no 1 trimestre/2016 desconto 2550,00 Total 2.037.450,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Unidade de Reabilitação Lucy Montoro em Fernandópolis (Lucy Montoro Fernandópolis).	27/10/2015
Santa Casa de Misericórdia de Itapeva	001.0500.000.007/2015	10.332.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Edison Oliveira Martho (AME Itapeva).	30/03/2015
Santa Casa de Misericórdia de Ituverava	001.0500.000.048/2014	10.332.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Comendador Takayuki Maeda (AME Ituverava).	16/12/2014
Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga	001.0500.000.002/2014	10.218.852,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Avelino Fernandes (AME Jales).	14/03/2014
Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga	001.0500.000.215/2012	8.591.256,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Santa Fé do Sul (AME Santa Fé do Sul).	01/03/2013
Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga	001.0500.000.090/2012	22.413.324,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Votuporanga (AME Votuporanga).	11/10/2012

Santa Casa de Misericórdia e Maternidade Dracena	001.0500.000.027/2013	13.613.740,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 90.000,00 Total 13.705.740,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Dr. Francisco de Assis Martucci (AME Dracena).	16/08/2013
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.059/2"13	123.965.000,0"	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual "Valdemar Sunhiga" de Sapoemba (Hospital Estadual de Sapoemba).	19/12/2013
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.067/2011	114.180.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral de Itapeperica da Serra.	16/12/2011
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.058/2012	118.831.000,00 Para aquisição de equipamentos repasse de 615.675,50	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral Henrique Altimeyer de Vila Alpina (Hospital Estadual de Vila Alpina).	21/07/2012
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.080/2012	83.976.000,00 Para modernizar 2 elevadores repasse de 350.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Regional de Cotia.	01/10/2012
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.046/2014	22.188.000,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 90.000,00 Total 22.278.000,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório de Especialidades Dr. Geraldo de Paulo Bourroul (AME Geraldo Bourroul).	13/11/2014
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.031/2014	24.517.920,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 150.000,00 Total 24.667.920,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Caraguatatuba (AME Caraguatatuba).	01/08/2014
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.034/2014	Custeio de junho a dezembro 5.667.861,86 Investimento de abril a junho 3.224.337,30	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Lorena (AME Lorena)	28/04/2016
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.036/2013	53.032.320,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 120.000,00 Total 53.152.320,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Dr. Luiz Roberto Barradas Barata (AME Heliópolis).	16/09/2013
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.044/2013	16.842.948,00 Mutirão cirurgia de Cataratas 90.000,00 Total 16.932.948,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Sorocaba (AME Sorocaba).	08/10/2013
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.008/2014	19.786.440,00	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS).	30/04/2014
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.066/2014	80.505.330,70 Recomposição de parcelas de jan. a maio Devido a reprogramação de atividades 952.601,36	Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem II (SEDI II).	02/03/2015

Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	001.0500.000.027/2015	70.452.000,00	Operacionalização da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), compreendendo a operacionalização e controle das atividades relacionadas à regulação de exames, consultas, internações, atendimento de urgência e outros serviços de saúde.	03/08/2015
TOTAL DE VALORES REFERENTE A JAN./DEZ. 2016		REPASSE 4.204.779.410,30 DESCONTO POR DESCUMPRIMENTO DE METAS 10.495.988,24		

Fonte: Dados obtidos no Portal da transparência do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br>>. Último acesso em: 20 jun. 2017.

A partir da análise dos documentos selecionados para a amostra, detecta-se que durante do exercício orçamentário de 2016 (que compreende o período entre 1º de janeiro e 31 de dezembro), foram identificados nos 94 contratos de gestão analisados, cuja somatória dos valores previstos para transferências totaliza R\$ 4.204.779.410,30.

Desses contratos de gestão 15 (que correspondem a aproximadamente 16% de todos os contratos vigentes no período) apresentaram desconto do valor inicialmente previsto para repasse por descumprimento de metas e indicadores estabelecidos nos respectivos contratos de gestão, que, somadas as reduções, totalizam o valor de R\$ 10.535.148,59, conforme descrição a seguir:

O contrato celebrado com a Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus, para operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual Porto Primavera, previu-se, no termo aditivo, a redução do valor de custeio por não cumprir a meta de indicador de qualidade referente ao segundo trimestre de 2016 no valor de R\$ 95.400,00.

Já a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM): No contrato com objeto de operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital das Clínicas Luzia de Pinheiro Melo, por descumprimento de meta indicador de qualidade referente ao quarto trimestre de 2015. Em função de não cumprir as metas, teve o desconto de R\$ 104.774,32, e conforme o Termo Aditivo para ajuste de custeio por alteração no cronograma de obras/entrega de equipamentos na nova UTI mês de abril/2016 UTI teve a redução de

R\$ 1.000.000,00 no mês de abril de 2016 e pelo mesmo motivo em desconto de R\$ 500.000,00 em maio.

Já no contrato que tem por objeto a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Maria Zélia (AME Maria Zélia), por descumprimento de indicador de qualidade – acompanhamento para Hospital Dia – Monitoramento de Execução de Procedimentos Selecionados, no quarto trimestre de 2015 foi determinado o desconto de R\$ 227.911,18 e por descumprir o mesmo indicador de qualidade no terceiro trimestre de 2016 o desconto de R\$ 250.702,28.

No contrato referente à operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Idoso Oeste, por descumprimento de indicador de qualidade – Política de Humanização – Pesquisa de Satisfação, Tempo médico em Reabilitação Gerontológica e Qualidade na informação, no terceiro trimestre de 2016 o desconto foi de R\$ 114.000,00.

A Casa de Saúde Santa Marcelina, no contrato que se refere à operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Geral de Itaquaquecetuba, por descumprimento de indicadores de qualidade (núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Procedimento Selecionado – Tratamento Cirurgia Varizes) referentes ao segundo trimestre de 2016 sofreu uma redução do custeio em R\$ 89.244,90.

Já a Cruzada Bandeirantes São Camilo Assistência Médico Social também sofreu redução no valor contratual por descumprir indicadores de qualidade – especificamente o Controle de infecção Hospitalar (CMA Catarata) – Monitoramento de Execução de Procedimentos Selecionados no segundo trimestre de 2016 o desconto foi de R\$ 97.379,63.

A Fundação do ABC, por descumprimento de meta de indicadores teve descontos nos repasses, sendo:

No contrato com objeto de operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário por descumprir meta de indicador de qualidade (qualidade de informação) referente ao segundo trimestre de 2016 teve a redução de R\$ 34.560,00.

Já no contrato referente à operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Instituto de Infectologia Emílio Ribas II – Baixada

Santista, por descumprir meta de Atividade Assistencial (internação), referente ao primeiro trimestre de 2016, o termo aditivo estabeleceu a redução de R\$ 1.014.000,00.

Também no contrato que tem por objeto a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Praia Grande (AME Praia Grande), por descumprimento de meta de indicador de Qualidade – Pesquisa de satisfação, a redução foi de R\$ 48.726,45.

Por fim, no contrato de operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Dr. Newton da Costa Brandão (AME Santo André), por descumprimento de meta de indicador de Qualidade – Acompanhamento para Hospital dia – Monitoramento de Execução de Procedimentos Selecionado: sendo que referente ao quarto trimestre de 2015 o desconto foi de R\$ 99.640,85, e referente ao segundo trimestre de 2016 a redução foi de R\$ 101.796,91.

A Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem (FIDI), por não cumprir metas no quatro trimestre de 2015 o desconto foi de R\$ 27.039,85; no primeiro trimestre de 2016 o desconto foi de R\$ 39.160,35 e no segundo trimestre de 2016 a redução foi de R\$ 45.138,16.

A Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar (FAMESP), no contrato de gestão para a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Estadual de Bauru, por suspensão de execução de serviço para reforma, foi determinado o desconto de R\$ 6.560.570,04.

O Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês no contrato de operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades Interlagos (AME Interlagos), por descumprimento de meta no indicador de qualidade – Qualidade da informação – Cancelamento/Inserção de agenda (CROSS) o desconto foi de R\$ 34.434,72.

A Santa Casa de Andradina no contrato de operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades, Dr. Edmon Alexandre Salomão (AME Andradina), por descumprimento de meta no indicador de qualidade – Qualidade da informação. Inserção de dados referente ao primeiro trimestre de 2016 foi estabelecido o desconto de R\$ 18.291,75.

A Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis apresentou:

No contrato que tem por objeto a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Ambulatório Médico de Especialidades de Fernandópolis (AME Fernandópolis), por descumprir meta no indicador de qualidade – Qualidade da informação – Entrega de documentos no primeiro trimestre de 2016 o desconto de R\$ 4.992,00. E por descumprir meta no indicador de qualidade – Controle de infecção Hospitalar– aplicou-se o desconto de R\$ 24.835,20.

No contrato referente à operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Unidade de Reabilitação Lucy Montoro em Fernandópolis (Lucy Montoro Fernandópolis), por descumprir meta no indicador de qualidade – Qualidade da informação – Entrega de documentos no primeiro trimestre de 2016, aplicou-se o desconto de R\$ 2.550,00

Quanto às alterações contratuais, foram observados alguns aportes de recursos para investimentos e também organizações sociais que receberam recursos extras para executar o mutirão de cirurgia de cataratas.

A avaliação e o acompanhamento da execução dos contratos de gestão, com enfoque nos resultados conforme as metas e indicadores previstos no contrato de gestão, podem subsidiar o gestor público com informações para auxiliar na definição a pertinência ou não de manter os contratos de gestão com as organizações sociais. Também durante a vigência dos contratos deve-se propor as alterações dos serviços prestados, inclusive o volume mensal, com base em levantamentos da demanda local num contexto de política pública de saúde, evitando que tais alterações se realizem com base apenas no poder discricionário do gestor.

Observou-se que no Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Sul (CEAC) Zona Sul ocorreu um acréscimo de exames e aumentou a previsão de valores para transferência a partir de outubro de 2016, conforme Termo Aditivo assinado em 29 de setembro de 2016. No entanto, como não foi possível analisar o relatório de acompanhamento, não é possível verificar com qual fundamento foi decidido efetivar essa alteração contratual.

Já a Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP) alterou por meio do Termo Aditivo n. 02, assinado em 31/03/2016, recompondo parcelas de custeio nos meses de janeiro a maio, com a justificativa de reprogramação do início das atividades do AME Lorena e, por conseguinte, a readequação no número de exames estimados. E por meio do Termo Aditivo n. 03, assinado em 23/09/2016, incluiu exames de urgência no escopo de serviços realizados no Hospital Regional Dr.

Vivaldo Martins Simões de Osasco, a partir de outubro de 2016. No Termo Aditivo n. 4, assinado em 23/12/2016, alterou-se o valor de repasse de recursos de Investimento para implantação da área de coleta no AME – Caragatatuba, no CEAC Norte.

Ainda com relação às alterações contratuais, é oportuno mencionar que a Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus, no contrato referente ao Hospital Estadual Dr. Albano da França Rocha Sobrinho, por meio do Termo de retificação ao contrato de gestão n. 02, assinado em 31/08/2016, reduziu 200 consultas de urgência, ou seja, 50 a menos por mês a partir de setembro de 2016 e aumentou o número de atividade ambulatorial médica de 25.200 para 25.800 (aumento de 150 por mês a partir de setembro/2016). Também aumentou a atividade ambulatorial não médica de 14.400 para 15.400 (250 por mês a partir de setembro/2016), incluiu mil sessões de terapias especializadas não médicas (realização de 250 por mês a partir de setembro de 2016).

A AME – São José dos Campos sofreu readequação de metas assistenciais no segundo semestre de 2016.

Essas alterações de metas devem ocorrer com fundamentação no interesse da coletividade, baseadas em parâmetros de saúde, definidos no contexto do SUS, e não apenas com base no poder discricionário do gestor em negociação direta com organização social do terceiro setor.

Da análise dos contratos no tocante aos aspectos de avaliação e acompanhamento da execução dos serviços contratados, verifica-se que está formalmente previsto o controle nas cláusulas contratuais e que seguem a previsão legal. Com base nas discussões doutrinárias a respeito das organizações sociais de saúde, realizadas na seção anterior, o controle da administração pública quanto à utilização dos recursos públicos repassados para o terceiro setor, é fundamental para se buscar uma melhor aplicação dos recursos públicos.

Constatou-se que os contratos de gestão seguem basicamente um mesmo padrão.

Nesse sentido, há uma Resolução expedida em 2002 que definiu os modelos dos contratos de saúde, a fim de incentivar a eficiência e a qualidade com menores custos e com vistas a atenuar e resolver os aspectos da prestação de serviços que produzem insatisfação dos seus usuários.

Além disso, a Resolução também estabeleceu que os contratos devem prever a forma de acompanhamento da execução dos contratos de gestão, no que se refere

tanto aos seus aspectos técnicos, quanto aos administrativos; a necessidade de planificar e acompanhar a execução dos recursos orçamentários e financeiros destinados aos contratos de gestão, para garantir a melhor relação custo-benefício possível e sua correta utilização.

Essa padronização sofreu alterações normativas e se encontra em vigor a Resolução 60 de 2016¹⁶³, que revogou as anteriores e entrou em vigor a partir de 1º de julho de 2016.

Assim, os contratos firmados seguem o padrão contendo uma minuta onde se estabelece o objeto, as obrigações e responsabilidades da contratada, das obrigações da contratante, a avaliação, o acompanhamento, do prazo de vigência, recursos financeiros, condições de pagamento, cláusulas de alteração contratual, rescisão, penalidades, publicação e foro.

Possuem três anexos técnicos, sendo assim organizados:

No primeiro consta as descrições de serviços (características dos serviços contratados, estrutura e volume de atividades contratadas, o conteúdo das informações a serem encaminhadas à contratante).

No segundo anexo técnico são tratados os aspectos sobre o sistema de pagamento, distribuição do percentual para efeito de desconto dos indicadores de produção do orçamento de custeio, os cronogramas de custeio, a sistemática e critérios de pagamento, por meio de avaliação e valoração dos indicadores de qualidade com periodicidade trimestral.

Por fim, no terceiro anexo são definidos os indicadores de qualidade, para a avaliação e valoração de cada trimestre, e essa valoração poderá gerar desconto financeiro a menor em até 10% do valor de custeio da unidade no período avaliativo.

Portanto, 90% do valor contratado é repassado de forma fixa e 10% podem sofrer variação quando, nas avaliações trimestrais, não são cumpridas as metas e os resultados estabelecidos no contrato de gestão e os anexos técnicos.

Quanto aos tipos de unidades que possuem contratos de gestão com Estado de São Paulo, foram identificados quatro: Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Centro Estadual de Análises Clínicas (CEAC), Hospitais e Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem (SEDI).

¹⁶³ Resolução n. 60 de 2016, que padroniza os contratos de gestão. Disponível em: < ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2016/iels.jul.16/iels124/E_R-SS-59_050716.pdf > Acesso em 20 jun. 2016. Anexo B.

Constatado que os contratos de gestão os serviços de saúde no âmbito do Estado de São Paulo seguem um padrão regulamentado, foi escolhido um contrato de gestão da organização social de saúde com maior número de contratos vigentes em 2017 firmados com o Estado de São Paulo, para demonstrar como em geral são os contratos e quando o controle interno do Poder Executivo atua na avaliação e correlação das metas e indicadores previstos e se foram satisfatoriamente cumpridos – em caso negativo, são realizados os descontos no repasse subsequente.

Para tanto, foi selecionado o contrato de gestão, referente ao Processo n. 001/0500/000.041/2012, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo e a organização social qualificada pelo executivo, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). O objeto do contrato consistiu na operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital das Clínicas Luzia de Pinto Melo¹⁶⁴.

No referido contrato, na cláusula quarta, estabeleceu-se que a Comissão de Avaliação de Execução de Contratos de Gestão, constituída pelo secretário de Estado de Saúde, conforme disposições da Lei Complementar supracitada, deverá verificar o desenvolvimento das atividades e os retornos obtidos com o modelo, para, em seguida, elaborar relatório circunstanciado e enviar para o Poder Legislativo.

O contrato expressa que o controle deve avaliar os resultados, tanto é que no parágrafo primeiro afirma que, em cumprimento às diretrizes e metas definidas, restringiram-se os resultados obtidos em sua execução através dos indicadores de desempenho estabelecidos conforme as metas pactuadas e com a economicidade das respectivas atividades.

A consolidação é realizada pela instância responsável da Secretaria de Estado de Saúde e encaminhada para os membros da Comissão de Avaliação de Execução de Contratos de Gestão, para avaliação trimestral que, por sua vez, deve elaborar um relatório anual conclusivo.

Esses relatórios são encaminhados para o secretário de Estado de Saúde, que subsidia o governador sobre a decisão de manter ou não a qualificação da entidade como organização social de saúde.

Quanto ao acompanhamento dos contratos de gestão, é responsabilidade da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, que deve verificar

¹⁶⁴ Cópia do contrato no Anexo C.

como parâmetros estão dispostos no contrato, anexos e instrumentos por ela definidos.

O prazo de vigência é de cinco anos, que pode ser renovado depois de demonstrada a execução os objetivos e metas, desde que ambas partes concordem.

Os recursos financeiros para execução são transferidos pelo Poder Público, mediante liberação de cotas, conforme estabelecido no contrato de gestão, onde consta uma parte fixa, além da previsão de parcelas variáveis que são pagas mensalmente, decorrentes da avaliação do alcance das metas. Para o recebimento da parte variável devem ser analisados os indicadores estabelecidos no anexo técnico denominado “Indicadores de Qualidade”.

Os contratos de gestão podem serem aditados, alterados, parcial ou totalmente, desde que mediante prévia justificativa por escrito que contenha declaração de interesse de ambas partes.

O referido contrato da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), referente ao Hospital das Clínicas Luzia de Pinto Melo, foi avaliado pela Comissão de Avaliação de Execução de Contratos de Gestão e, em função de não ter cumprido as metas contratuais previstas, teve a redução de recursos financeiros de custeio. Conforme expresso no Termo de Retirraficação¹⁶⁵ ao Contrato de Gestão n. 02/2016, em virtude de não cumprir a meta de Indicador de Qualidade (monitoramento e execução de Procedimentos selecionados), referente ao quarto trimestre/2015¹⁶⁶.

Diante dessa constatação, percebe-se que o controle do acompanhamento dos contratos de gestão utiliza como parâmetros de resultado aqueles estabelecidos nos próprios contratos de gestão que mais se aproximam ao controle de resultados.

No entanto, como o próprio Poder Executivo outorga a qualificação e firma o contrato estabelecendo as metas a serem cumpridas pela organização social selecionada sem licitação, fazendo uso do poder discricionário do secretário de Estado, a mesma autoridade que designa a Comissão que fará a avaliação, para que

¹⁶⁵ Termo “retirraficação” utilizado pelo Estado de São Paulo, para evitar confusão quanto ao significado, entende-se que é um termo normalmente é aplicado a convênios em que se deseja retificar alguma cláusula, ratificando o restante do documento. Portanto o 're' inicial é uma redução de 'retificar' e não o prefixo re ['repetição, movimento para trás'], como dá a entender a grafia 'rerratificação'. Ratificar quer dizer 'confirmar, corroborar, reafirmar', enquanto retificar significa corrigir, consertar, arrumar (Cf. disponível em: <<https://forum.wordreference.com/threads/reti-ratificação.1418677/>> Acesso em: 10 jun. 2017).

¹⁶⁶ Cópia do Contrato de Gestão e Termos Aditivos no Anexo C.

ocorra um efetivo controle com enfoque nos resultados, é indispensável que esses contratos sejam firmados dentro de um contexto maior, para atender às demandas regionais, como implementação de políticas públicas de saúde.

Quanto à avaliação e ao acompanhamento, os contratos de gestão estabelecem que compete à Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão, constituída pelo Secretário de Estado da Saúde, conforme disposto na Lei Complementar n. 846/1998. Esta Comissão deve avaliar trimestralmente as atividades realizadas pelas organizações sociais de saúde, em relação aos retornos obtidos com o dispêndio de recursos públicos geridos pela entidade do terceiro setor.

Essa avaliação é referente às diretrizes e indicadores de desenvolvimento definidos no contrato, que serão consolidadas na Secretaria de Estado de Saúde e que deve enviar cópia à Assembleia Legislativa do Estado.

Já o acompanhamento da execução dos contratos de gestão deve ser realizado pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde. Não foram encontrados no Portal de Transparência os relatórios, trimestrais e anuais, para análise, nem disponibilizados.

Os controles devem ser realizados com enfoque nos resultados, mas isso não significa que o controle de legalidade e de procedimentos não seja pertinente. Mesmo no controle dos contratos de gestão, a ênfase nos resultados não afasta a ocorrência simultânea de controle de meios, e isso pode ser notado quando se vincula a necessidade do regulamento de compras, o fato de ter que cumprir normas objetivas para contratar funcionários. Partindo dessa premissa, para que os resultados sejam satisfatórios, é necessário que as metas sejam definidas dentro de um contexto de políticas públicas de saúde, com participação social, a fim de que as metas pactuadas visem atender às demandas da coletividade, e não privilegiar interesses de parte da sociedade apenas.

O controle interno da Administração Pública deve ser formado por profissionais qualificados, e preferencialmente que as comissões de avaliação e acompanhamento da execução dos contratos sejam realizadas em sua maior parte por servidores públicos concursados, que, devido estabilidade do cargo, podem atuar de maneira mais imparcial.

Uma constatação importante consiste no déficit de transparência em relação ao dispêndio de recursos públicos. É preciso que todos os termos contratuais, e o método para examinar seu cumprimento, os relatórios de acompanhamento da

execução dos contratos de gestão, estejam disponíveis. Assim, permitir o funcionamento adequado do sistema de controle, especialmente porque pode estimular a participação conjunta dos órgãos de controle interno, externo e social.

CONCLUSÕES

No âmbito da reforma do Estado brasileiro de 1990, novas formas de gestão governamental e de *accountability* foram discutidas. Inclusive o modelo proposto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que culminou na criação da Emenda Constitucional n. 19/1998 e inseriu no ordenamento jurídico o fomento estatal das organizações sociais.

A análise da relação entre as organizações sociais sem fins lucrativos que atuam na área de saúde e o Poder Público consiste, por sua vez, num tema que provoca divergências na doutrina jurídica.

No Brasil, o Poder Público em todas as esferas (federal, estadual, distrital e municipal), conforme definido na Constituição Federal de 1988, deve promover a execução das ações e dos serviços públicos de saúde, pois configura entre os direitos sociais de responsabilidade do Estado.

A gestão em parceria com as entidades de direito privado e o poder público gerou muitos questionamentos e correntes divergentes de opinião com relação à constitucionalidade dos dispositivos legais que instituíram o modelo. Por isso, em 2015, o Supremo Tribunal Federal decidiu o mérito da ADI 1923-DF, declarando, por maioria, pela constitucionalidade dos dispositivos legais que sustentam o modelo por meio de parceria voluntária entre Estado e as organizações sociais.

Deste modo, a execução dos serviços públicos de saúde pode ser direta ou indireta, inclusive prestada pelo terceiro setor, do qual as organizações sociais fazem parte, visto que está constitucionalmente previsto que são “livres à iniciativa privada”. Assim, permite a atuação dos particulares, sem que para tanto seja necessária a delegação pelo poder público, de forma que não incide, nesse caso, o art. 175, *caput*, da Constituição – ou seja, as parcerias podem ser firmadas sem necessidade de licitação.

A parceria entre a organização social e o Poder Público, mediante contrato de gestão, possibilita a transferência da execução dos serviços de saúde, com gestão de bens, cessão de servidores e repasses de recursos públicos para o fomento às entidades de direito privado, desde que cumpram os requisitos legais de qualificação contidos na esfera de atuação.

Em respeito à autonomia do modelo federativo adotado no Brasil, cada ente federado pode legislar, desde que compatíveis com a lei federal. No âmbito federal, a Lei n. 9.637/1998 regulamenta a interação da parceira ente organizações sociais e o poder público. Já no âmbito do Estado de São Paulo é regulamentada por meio da Lei Complementar n. 846/1998, promulgada apenas 21 dias após a Lei Federal, e que apesar de ter sido fonte de inspiração, apresenta pontos diferentes. Nesse sentido, seu campo de atuação é mais restrito que o da Lei Federal, pois se destina apenas às parcerias na área de saúde e cultura; e com relação à comprovação de experiência, requer, além dos requisitos exigidos para a outorga de título de qualificação como organização social, que as entidades comprovem possuir prestação de serviços de assistência à saúde há mais de cinco anos.

A normatização que instituiu o modelo não obrigou as organizações sociais a se submeterem a regras rígidas impostas à Administração direta e indireta, sobretudo o procedimento licitatório, o que resultou em maior flexibilidade na prestação de contas. Isso não significa, contudo, que o Estado pode negligenciar o controle ou a fiscalização de suas atividades.

Nesse sentido, além de gerir recursos públicos e prestar serviços na área de saúde de forma descentralizada, a responsabilidade pela prestação do serviço público continua sendo do Estado, que tem o dever de atuar no controle, não apenas em relação à destinação dos recursos, mas se ocupar também da qualidade dos resultados.

As organizações sociais de saúde estão submetidas aos controles interno, externo e social. Cabe ao controle interno da Administração Pública, exercido pelo Poder Executivo que outorga a qualificação, contratar os serviços, firmar o contrato de gestão – onde se estabelecem os deveres e obrigações de ambas as partes, com base nas metas, indicadores e resultados previstos –, além de realizar o controle quanto ao cumprimento das metas, e fornecer subsídio ao gestor público para decidir pela manutenção ou rescisão contratual.

Com o propósito de compreender como os contratos de gestão celebrados entre o Estado de São Paulo e as organizações sociais de saúde tratam do controle interno da Administração Pública, a investigação salienta a importância da fiscalização da execução dos contratos exercida pelo Poder Público, a fim de comprovar a adequada aplicação dos recursos públicos dispendidos ao terceiro setor e o cumprimento das obrigações assumidas.

As constatações permitem uma visão de quais serviços de saúde estão sendo executados em parceria com as organizações sociais, a dificuldade de obter informações, e deficiências na transparência de informações a respeito do mapeamento institucional da estrutura de controle, que é um meio de buscar impedir a arbitrariedade daqueles que são investidos das funções de gerir as diversas esferas de poder, em parceria ou não com os entes privados.

Para atingir o desenvolvimento nacional e melhorar a qualidade e acesso da população ao direito à saúde constitucionalmente tutelado, as ações devem ser planejadas com base no conhecimento das necessidades locais, com respeito aos princípios e diretrizes do SUS e compatíveis com as políticas públicas de saúde.

Tanto os agentes públicos, como aqueles que agem em nome do poder estatal, devem atuar de maneira a garantir a transparência, a probidade administrativa, o combate ao uso inadequado dos recursos público, eliminar o desperdício, melhorar de forma contínua a gestão dos processos, além de incentivar a implementação de ações de eficiência.

A experiência do Estado de São Paulo, analisada por meio do estudo dos contratos de gestão selecionados, demonstra que as cláusulas referentes à avaliação e ao acompanhamento são genéricas e similares, com base nas disposições dos contratos, os anexos e instrumentos por eles definidos. Os descontos dos valores por não cumprimento de metas e resultados são variáveis, não seguem uma tendência no sentido de ser possível verificar quais as falhas que mais incidem nos contratos que dão causa ao reajuste. Os descontos são realizados por motivos distintos, como: descumprir indicadores de qualidade, meta de atividade assistencial, qualidade da informação, alteração no cronograma de entrega de obras, política de humanização e mau desempenho em pesquisa de satisfação. Foram observadas alterações nas quantidades das metas, que em função de não terem sido disponibilizados os relatórios de avaliação e acompanhamento, não permitiu identificar o motivo de tais mudanças.

Quanto ao montante dos recursos transferidos, na amostra constatou-se que não foram cumpridas as metas e resultados, em aproximadamente 16% dos contratos de gestão referentes ao exercício orçamentário do ano de 2016. Consequentemente, tiveram previsão de descontos nos valores variáveis destinados às entidades privadas sem fins lucrativos.

É preciso ressaltar a dificuldade em acessar informações sobre os contratos vigentes, os relatórios de avaliação e acompanhamento, o que impediu uma análise mais extensa sobre a situação do controle interno da Administração Pública do Estado de São Paulo.

Apesar de existirem critérios qualitativos que, caso descumpridos, podem levar a sanções contratuais, não se teve acesso à forma como esses critérios são aferidos na prática. Por exemplo, por que uma organização social pode ser penalizada em razão do desempenho em pesquisa de satisfação? O que continha nesse questionário? Como ele foi elaborado? Há relação entre o controle interno e os demais órgãos de controle? A análise empírica documental não foi capaz de responder a esses questionamentos em razão da falta de transparência, que é um dever fundamental.

O estudo também demonstrou que a relação entre o Estado e a sociedade civil está em constante modificação, sendo possível novas análises e evoluções. O controle não deve se pautar apenas nos meios ou procedimentos, pois apesar de a Lei Federal n. 13.019/2014 não se aplicar especificamente às organizações sociais, sinaliza uma tendência de controles com enfoque nos resultados.

Sem afastar completamente os controles procedimentais ou de meios, é necessário um acompanhamento que permita avaliar as ações e procedimentos, com enfoque na obtenção dos resultados estabelecidos no contrato de gestão, sem apego demasiado aos controles de meios, mas em obediência às formalidades previstas na lei e no contrato, considerando que as organizações sociais são obrigadas por lei a elaborar regulamento de compras e contratação de pessoal e publicá-los na imprensa oficial.

O controle é uma incumbência em todas as fases, prévio, concomitante e posterior à execução. Deve o contrato de gestão ser firmado não exclusivamente com base no poder discricionário do Poder Executivo, mas inserido no contexto de políticas públicas de saúde, segundo as necessidades e dentro de um planejamento estratégico.

A execução dos contratos de gestão deve ser transparente e se submeter aos órgãos de controle em uma Administração Pública na qual o cidadão participe das decisões de interesse público, a fim de garantir que as decisões técnicas sejam conciliadas com os interesses coletivos.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, edição comemorativa, v. 1, p. 67-74, 2007.

AGRA, W. M. A Constituição Cidadã como pacto vivencial da sociedade. In: AGRA, W. M.; BONAVIDES, P.; MIRANDA, J.; (coord.). **Comentários à Constituição Federal de 1998**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 19-20.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

_____; SCALCO, Nayara. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. **Revista USP**, n. 107, p. 46, out./nov./dez. 2015.

ALEXANDRINO, Marcelo; PAULO, Vicente. **Direito administrativo**. 11. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2006.

ANDREUCCI, Ana Claudia Pompeu Torezan [et al.]. **Direitos humanos: perspectivas e reflexos para o século XXI**. São Paulo: LTr, 2014.

ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (orgs.). **Direito sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 15287: informação e documentação – projeto de pesquisa – apresentação**. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

ATALIBA, Geraldo. **República e constituição**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BACELLAR FILHO, Romeu Felipe. **Direito administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2005.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de direito administrativo**. 17. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BANDEIRA, Luiz Alberto Moniz. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. **Rev. Bras. Polít. Int.**, Brasília, v. 45, n. 2, p. 135-146, 2002.

BARBIERI, Carla Bertucci. **Terceiro setor: desafios e perspectivas constitucionais**. Curitiba: Juruá, 2008.

BARBOSA, Maria Nazaré Lins. **Terceiro setor no panorama internacional: aspectos jurídicos**. Artigo publicado em material didático do curso de Direito do Terceiro Setor, GVpec, da EAESP-FGV. São Paulo, 2º semestre de 2001.

BARCA, D.A.V. **A contratualização de desempenho institucional nas agências reguladoras do setor saúde: as experiências da Agência Nacional de Vigilância**

Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) [monografia]. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2006.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de direito financeiro e de direito tributário**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

BERCOVICI, Gilberto. A problemática da constituição dirigente: algumas considerações sobre o caso brasileiro. **Revista de Informação Legislativa**, v. 36, n. 142, p. 36, abr./jun. 1999.

_____. O estado desenvolvimentista e seus impasses. **Boletim de Ciências Econômicas**, Coimbra, v. XLVII, p. 149-180, 2004.

BERNARDO, Renata A.; MARTINS, Humberto Falcão. **As OSCIPs em Minas Gerais**: tensões entre autonomia e controle. Congresso do CLAD, Cartagena, Colômbia, nov. 2012.

BITTAR, Eduardo C. B. **Metodologia da pesquisa jurídica**: teoria e prática da monografia para os cursos de direito. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. **Estado, governo, sociedade**: uma teoria geral da política. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria constitucional da democracia participativa**: por um direito constitucional de luta e resistência, por uma Nova Hermenêutica, por uma repolitização da legitimidade. São Paulo: Malheiros, 2001.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Emenda Constitucional n. 19 de 04 de junho de 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm>. Acesso em 20 jun. 2017.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Instrução Normativa nº 16, de 22 de dezembro de 1991. **Define Conceitos, Diretrizes e Estabelece As Normas de Auditoria do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo**. (Revogada p/IN SFC no 01, de 06.04.2001). Disponível em: <<http://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:1:5071970382387::NO::>>> Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Lei n. 8666 de 21 de junho de 1993**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Lei n. 9637 de 15 de maio de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm> . Acesso em 20 jun. 2017.

_____. **Lei n. 9.784, de 29 de janeiro de 1999.** Disponível em: < Lei n. 9.784, de 29 de janeiro de 1999>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Lei Complementar n. 101 de 04 de maio de 2000.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Lei n. 10.520 de 17 de julho de 2002.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10520.htm>. Acesso em 20 jun. 2017.

_____. **Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014,** conforme a redação dada pela Lei n. 13.204, de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm> Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. **Medida Provisória n. 1648-7 de 23 de abril de 1998.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1648-7.htm>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

_____. **Plano diretor de reforma do aparelho do estado.** Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Portal da Saúde.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1123-sas-raiz/drac-raiz/cgpas/16528-parametros-cgpas>> Acesso em: 14 abr. 2017.

_____. Presidência da República do Brasil. **Mensagem ao Congresso Nacional.** 2015. 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 55 Legislatura. Brasília: Presidência da República, 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. **ADI 1932,** Redator do Acórdão Ministro Luiz Fux. Relator: Ministro Ayres Britto. Brasília, DF, 16 de abril de 2015. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000298225&base=baseAcordaOs>> Acesso em: 20 jun. 2017.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma gerencial do Estado de 1995. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 7-26, jul./ago. 2000.

_____. **Crise econômica e reforma do Estado no Brasil:** para uma nova interpretação da América Latina. São Paulo: Ed. 34, 1996.

_____. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, jan. 1996.

_____. Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes (org.). **Sociedade e estado em transformação**. São Paulo: Unesp, 2001.

BUCCI, Maria Paula Dallari et al. **Direitos humanos e políticas públicas**. São Paulo: Pólis, 2001.

_____. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, M.P.D. (org.). **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. Notas para uma metodologia jurídica de análise de políticas públicas. **Fórum Administrativo**, Belo Horizonte, a. 9, n. 104, out. 2009.

_____. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. Quadro de referência de uma política pública: primeiras linhas de uma visão jurídico-institucional. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins; BRASIL, Patrícia Cristina (orgs.). **O direito na fronteira das políticas públicas**. São Paulo: Páginas & Letras, 2015.

CAMPOS, Anna Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 2, 1990.

CASTRO, A. L. B. **Atenção primária e relações público-privadas no sistema de saúde do Brasil**. 2015. 174 fl. Tese (Doutorado), Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

CHRISTOPHER POLLITT analisa a nova estrutura da gestão pública no século 21. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-124, jan./mar. 2010.

CIDADANIA E JUSTIÇA. Declaração Universal dos Direitos Humanos garante igualdade social. **Portal Brasil**, 14 nov. 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-garante-igualdade-social>>. Acesso em: 17 out. 2015.

COELHO, Simone de Castro Tavares. **Terceiro setor**: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos. 3. ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2005.

COMPARATO, Fábio Konder; SALOMÃO FILHO, Calixto. **O poder de controle na sociedade anônima**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

COUTINHO, Frederico de Moraes Andrade et al. Os desafios do controle de resultados nas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP): um estudo do caso de Minas Gerais. In: II CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA: Parcerias com a sociedade: a experiência das OS e OSCIP, 2009.

CUNHA, Ana Carolina Navarrete Munhoz Fernandes da. **As organizações sociais de saúde na cidade de São Paulo e a efetivação do direito fundamental à saúde**. 2016. Dissertação (mestrado), Direitos Humanos, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2016.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Contratos de gestão**. Contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais. Disponível em: <
<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>> Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Direito administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

_____. **Direito administrativo**. 30. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

_____. **Parcerias na Administração Pública**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ECO, Umberto. **Come si fa una tesi di laurea**: Le materie umanistiche. 12. ed. Milano: Tascabili Bompiani, 2001.

FAGUNDES, Miguel Seabra. **O controle dos atos administrativos pelo poder judiciário**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1984.

FARIA, Ernesto Martins et al. **Value-for-money e geração de valor público na atuação das organizações sociais de saúde**: contribuições para o governo do estado de São Paulo. 2015. 97 fl. Dissertação (MPGPP), Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2015.

FARIA, José Eduardo. **O direito na economia globalizada**. São Paulo: Malheiros, 2004.

FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio. Constituição brasileira: modelo de estado, estado democrático de direito, objetivos e limites jurídicos. **Parcerias Estratégicas**, v. 1, n. 4, p. 51, 1997.

FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas**: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde. 129 fl. Dissertação (mestrado), Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

FONSECA, Isabel C. M. **Direito da organização administrativa**. Coimbra: Almedina, 2011.

GASPARETTO, Patrick Roberto. Mudança nas funções do estado e as parcerias público-privadas no meio ambiente. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, n. 62, p. 507-539, jan./jun. 2013.

GOHN, Maria da Glória. **Mídia, terceiro setor e MST: impacto sobre o futuro das cidades e do campo**. Petrópolis: Vozes, 2000.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. **Gestão por resultados e eficiência na administração pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. 2009, 187 p. Tese (doutorado), Transformações do Estado e Políticas Públicas, EAESP/FGV, São Paulo, p. 42.

GOMES, Marcio Cidade. Organizações sociais: a experiência da secretaria de estado de saúde de São Paulo. In: LEVY, Evelyn; DRAGO, Pedro Anibal. **Gestão pública no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Fundap, 2005.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/coordenadorias/coordenadoria-de-gestao-de-contratos-de-servicos-de-saude-cgcsc>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

GRAU, Eros Roberto. **Ensaio e discurso sobre a interpretação/aplicação de direito**. São Paulo: Malheiros, 2002.

HABERMAS, Jürgen. **A crise de legitimação do capitalismo tardio**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980.

_____. **Agir comunicativo e razão destrancidentalizada**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

_____. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. v. II. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2006.

HELDER, R. **Como fazer análise documental**. Porto: Universidade de Algarve, 2006.

JACOBY, Jorge Ulisses. **Tribunal de Contas no Brasil: jurisdição e competência**. Belo Horizonte: Fórum, 2003.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Comentários à lei de licitações e contratos administrativos**. 10. ed. São Paulo: Dialética, 2004.

_____. **Curso de direito administrativo**. 11. ed. São Paulo: RT, 2015.

KWASNICKA, Eunice Lacava. **Teoria geral da administração: uma síntese**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991, p. 21-36.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

LEONARDO, Rodrigo Xavier. A reforma do direito das associações sem fins econômicos pela Lei n 11.127 de 2005 e o Terceiro Setor. **Revista de Direito do Terceiro Setor – Rdts**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 39-52, jan/jun. 2007.

LIMA, Fabrício Gonçalves; CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho. **Aspectos que influenciam a tomada de decisão relacionada a metas orçamentárias em organizações do primeiro e terceiro setores**: aplicação de um modelo oriundo da neurociência. 2010. 137 f. Dissertação (mestrado), Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2012.

MACHADO, Desirée Silva de Queiroz. **Saúde S.O.S.**: uma análise do modelo de gestão por organizações sociais no Município do Rio de Janeiro. 70 fl. Dissertação (mestrado), Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas, 2016.

MARINELA, Fernanda. **Direito administrativo**. 4. ed. Niterói: Impetus, 2010.

MARQUES NETO, Floriano de Azevedo; PALMA, Juliana Bonacorsi de. Os sete impasses do controle da administração pública no Brasil. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Bom Tempo, 2008.

MEDAUAR, Odete. **Direito administrativo moderno**. 18. ed. São Paulo: RT, 2014.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 26. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

_____. **Curso de direito administrativo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

MIGLIAVACCA, Paulo Norberto. **Controle interno nas organizações**: um estudo abrangente dos princípios de controle interno: ferramentas para avaliação dos controles internos em sua organização. 2. ed. São Paulo: Edicta, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo, Hucitec, 2010.

_____; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul.-set. 1993.

MODESTO, Paulo. Reforma do estado, formas de prestação de serviços ao público e parcerias público-privadas: demarcando as fronteiras dos conceitos de serviço público, serviços de relevância pública e serviços de exploração econômica para as parcerias público-privadas. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, n. 2, maio/jun/jul. 2005.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MONTEIRO, Egle dos Santos. Panorama geral do controle da administração pública. **BDA – Boletim de Direito Administrativo**, p. 870, ago. 2013.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Curso de direito administrativo pós-moderno**: legitimidade, finalidade, eficiência, resultados. Belo Horizonte: Fórum, 2008, p. 134.

_____. **Curso de direito administrativo**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

MORIN, Edgar. **A religação dos saberes**: o desafio do Século XXI. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

NETO, Floriano de Azevedo Marques; PALMA, Juliana Bonacorsi de. Os sete impasses do controle da Administração Pública no Brasil. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

NEVES, Marcelo. **A constitucionalização simbólica**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

NOHARA, Irene Patrícia; MARRARA, Thiago. **Processo administrativo**: lei n. 9.784/1999. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Reforma administrativa e burocracia**. São Paulo: Atlas, 2012.

_____. **Fundamentos de direito público**. São Paulo: Atlas, 2016.

NUNES, Edson. **A gramática política do Brasil**: clientelismo e insulamento burocrático. Brasília: ENAP, 1997.

OLIVEIRA, Gustavo Justino de. Constitucionalidade da Lei Federal n. 9637/98, das organizações sociais: comentários à medida cautelar da ADIn n. 1923-DF, do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito do Terceiro Setor**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 177-210, jul./dez. 2007.

PACHECO, Hélder Freire. **O papel do controle social na accountability das organizações sociais do estado de Pernambuco**: percepção dos atores. 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico), Saúde Pública, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

PAGLIANE, Gabriela Bonini; ZANATA, Mariana Lobo. Breves considerações sobre organizações não governamentais: transparência e (in)formalidade. In: COSTA, Ilton Garcia da; SANTIN, Valter Foletto (org.). **Organizações sociais**: efetivações e inclusão social. São Paulo: Verbatin, 2105.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Crise econômica e reforma do estado no Brasil**: para uma nova interpretação da América Latina. São Paulo: Ed. 34, 1996.

_____. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, jan. 1996.

_____. Estratégia e estrutura para um novo Estado. **Revista do Serviço Público**, ano 48, v. 1, n. 1, jan-abr/1997.

_____; SPINK, Peter (org.). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

PIMENTA, Carlos César. **A reforma gerencial do estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais**. Disponível em: <www.mare.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability: já podemos traduzi-lo para o português? **Revista de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 1343-1368, nov./dez. 2009.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

PIRES, Maria Coeli Simões. Reforma administrativa – reflexões sob a perspectiva político-filosófica. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 34, n. 133, p. 241, jan./mar. 1997.

POLLITT, Christopher; BOUCKAERT, Geert. Avaliando reformas da gestão pública: uma perspectiva internacional. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 53, n. 3, p. 7-31, jul-set. 2002.

_____ et al. **Desempenho ou legalidade?** Auditoria operacional e de gestão pública em cinco países. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

PUCCI, Marcos. **Análise do processo de tomada de decisão orçamentária no setor de saúde**. 2013. 117 f. Dissertação (mestrado), Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013.

QUINHÕES, Trajano Augustus Tavares. **O modelo de governança das organizações sociais de saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente**. XIV PRÊMIO TESOIRO NACIONAL, 2009.

RADFORD, M. Auditing for change: local government and the audit commission. **The Modern Law Review**, v. 54, n. 6, p. 912-932, nov. 1991.

RESENDE, Fabrício Contato Lopes. Controle de resultados e avaliação de desempenho nas novas parcerias da administração pública com entidades sem fins lucrativos. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

RIBEIRO, Livia Maria de Pádua et al. **As reformas da administração pública brasileira: uma contextualização do seu cenário, dos entraves e das novas perspectivas**. XXXVII ENCONTRO DA ANPAD, Rio de Janeiro, 2013.

SANO, Hironobu. **Nova gestão pública e accountability: o caso das organizações sociais paulistas**. 2003, 149 p. Dissertação (mestrado), Governo e Sociedade Civil no Contexto Local, FGV/EAESP, São Paulo, 2003.

_____.; ABRUCIO, Fernando Luiz. **Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo**. **RAE**, v. 48, n. 3, 2008.

SANTANA, Leonardo Ferreira de. **Análise do desempenho dos serviços prestados através das organizações sociais de saúde no estado do Rio de Janeiro**. 116 fl. Dissertação (Mestrado), Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2015.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A reinvenção solidária e participativa do estado**. São Paulo: Centro de Estudos Sociais, 1999.

SANTOS, Selma da Costa. **Metodologia adotada pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo para avaliação dos hospitais administrados por organização social de saúde na região metropolitana**. 99 fls. Dissertação (Mestrado), Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2016.

SÃO PAULO (Estado). **Institucional**. Disponível em: <<http://www.transparencia.sp.gov.br/organizacoes.html>>. Último acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Decreto n. 51.435, de 28 de dezembro de 2006**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51435-28.12.2006.html>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Resolução n. 60 de 2016**. Que padroniza os contratos de gestão. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2016/iels.jul.16/lels124/E_R-SS-59_050716.pdf> Acesso em 20 jun. 2016.

SCAFF, F. F. A Constituição Econômica Brasileira em seus 15 anos. **Revista de Direito Público da Economia**, ano 1, n. 3, p. 90, jul/set. 2003.

SCALQUETTE, Ana Cláudia S. (coord.); SIQUEIRA NETO, José Francisco (coord.); PINTO, Felipe Chiarello de Souza (org.); BAGNOLI, Vicente (org.). **60 desafios do direito: economia, direito e desenvolvimento**. São Paulo: Atlas, 2013.

SCHIRATO, Vitor Rhein. **A noção de serviço público em regime de competição**. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SEN, Amartya. **Sobre ética e economia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SERPA, Maria do Carmo Aboudib Varella. Terceiro setor: retrospectiva histórica, avanços e desafios. In: **Coleção do avesso ao direito**. Terceiro Setor: Fundações e entidades de interesse social, v. 4. Vitória: CEF, 2004.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 39. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

SMANIO, Gianpaolo Poggio; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins; BENEDITO, Alessandra (org.). **O direito e as políticas públicas no Brasil**. São Paulo: Atlas, 2013.

SOUZA, Leandro Marins. **Parcerias entre a administração pública e o terceiro setor**: sistematização e regulação. Tese (doutorado), Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2010.

SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle estatal das transferências de recursos públicos para o terceiro setor**. Tese (doutorado), Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2009, p. 8.

_____. Em busca de uma administração pública de resultados. In: PEREZ, Marcos Augusto; SOUZA, Rodrigo Pagani de. **Controle da administração pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

SZAZI, Eduardo (org.). **Terceiro setor**: temas polêmicos. São Paulo: Petrópolis, 2004.

TABORDA, W.; GOMES, M. C.; PASCHOA, N. F.; BARATA, L. R. B. Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo: Fundamentos e Resultados. In: **Terceiro setor e parcerias na área da saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

TOMÉ, Levi Rosa; BARBOSA, Fabiano Alpheu Barone. Sindicato e pluralismo jurídico. In: COSTA, Ilton Garcia da; FREITAS, Paulo Henrique de Souza (coords.). **Terceiro setor, ongs – questões críticas**. São Paulo: Verbatim, 2012.

TROSA, Sylvie. **Gestão pública por resultado**: quando o estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan: Brasília. DF: ENAP, 2001.

TURA, Marco Antônio Ribeiro. Nova administração pública? O desempenho dos hospitais paulistas sob administração de organizações sociais segundo dados do Tribunal de Contas do Estado. **Revista Procuradoria da Câmara Municipal de São Paulo**, v. 3, n. 1, p. 53-69, jan/dez. 2014.

TURINO, Fabiana. **Hospitais públicos sob gestão de Organizações Sociais de Saúde na Grande Vitória**: um estudo comparativo. 179 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, 2016.

VIEIRA, João Paulo Tapioca de Oliveira. **Fragilidades dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no município do Rio de Janeiro**. 140 fl. Dissertação (mestrado), Escola Brasileira de Administração Pública e de

Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016.

VIOLIN, Tarso Cabral. As parcerias do terceiro setor com a administração pública. Fórum administrativo – direito público. **Fórum**, Belo Horizonte, v. 6, n. 70, dez. 2006.

_____. **Terceiro setor e as parcerias com a administração pública**: uma análise crítica. Belo Horizonte: Fórum, 2006.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

ANEXO A – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE QUALIFICADAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Estão qualificadas¹⁶⁷ no Estado de São Paulo como organizações sociais de saúde as seguintes associações:

1. Associação Beneficente Hospital Universitário – ABHU

Endereço: Rua Dr. Próspero Cecílio Coimbra, 80

Bairro: Jardim Gabriel

Marília-SP

CNPJ: 09.528.436/0001-22

Data de qualificação: 07/04/2014

2. Associação Casa de Saúde Beneficente de Indaporã

Endereço: Rua Coleta Macedo de Oliveira, 1000

Bairro: Centro

Indaporã-SP

CNPJ: 02.927.389/0001-40

Data de qualificação: 14/08/2015

3. Associação Congregação de Santa Catarina

Endereço: Av. Paulista, 200

Bairro: Paraíso

São Paulo-SP

CNPJ: 60.922.168/0001-86

Data de qualificação: 26/06/1998

1 – Contrato de gestão firmado em 28/12/2006;

2 – Contrato de gestão firmado em 01/12/2012;

3 – Sucessivos termos aditivos (9) permanecendo em vigor com prazo de vigência até 30/11/2017.

¹⁶⁷ Cf. SÃO PAULO (Estado). **Institucional**. Disponível em: <<http://www.transparencia.sp.gov.br/organizacoes.html>>. Último acesso em: 20 jun. 2017.

4. **Associação da Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos**

Endereço: Rua Dom Pedro I, 716

Bairro: Centro

Ourinhos-SP

CNPJ: 53.412.144/0001-11

Data de qualificação: 01/01/0001

5. **Associação de Amparo ao Excepcional Ritinha Prates**

Endereço: Rua Wandenkolk, 2606

Bairro: Planalto

Araçatuba-SP

CNPJ: 49.572.688/0001-73

Data de qualificação: 01/03/2016

6. **Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia – AFIP**

Endereço: Rua Marselhesa, 500

Bairro: Vila Clementino

São Paulo-SP

CNPJ: 47.673.793/0004-16

Data de qualificação: 22/06/2010

7. **Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jaú**

Endereço: Praça Dr. Adolfo Bezerra de Menezes, S/N

Bairro: Jardim Estádio

Jaú-SP

CNPJ: 50.756.600/0001-52

Data de qualificação: 24/10/2012

8. **Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus**

Endereço: Rodovia Vicinal São Joaquim Telles Filho, km 3

Bairro: Centro

Jaci-SP

CNPJ: 53.221.225/0001-40

Data de qualificação: 04/09/2007

9. **Associação Mantenedora João Evangelista**

Endereço: Avenida Nova Cantareira, 3050

Bairro: Tucuruvi

São Paulo-SP

CNPJ: 61.626.958/0001-87

Data de qualificação: 07/11/2011

10. **Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM**

Endereço: Rua Napoleão de Barros, 715

Bairro: VI Clementino

São Paulo-SP

CNPJ: 61.699.597/0001-92

Data de qualificação: 08/10/1998

11. **Associação SORRI-BAURU**

Endereço: Av. das Nações Unidas, 53

Bairro: Presidente Geisel

Bauru-SP

CNPJ: 47.641.907/0001-00

Data de qualificação: 31/03/2010

12. **Banco de Olhos de Sorocaba**

Endereço: Rua Nebeck Shiroma, 210

Bairro: Jd. Emília

Atibaia -SP

CNPJ: 50.795.566/0001-25

Data de qualificação: 03/10/2008

13. **Casa de Saúde Santa Marcelina**

Endereço: Rua Santa Marcelina, 177

Bairro: Itaquera

São Paulo-SP

CNPJ: 60.742.616/0001-60

Data de qualificação: 27/06/1998

14. Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social

Endereço: Rodovia Raposo Tavares, km 30,5

Bairro: Cotia

São Paulo-SP

CNPJ: 60.598.448/0005-04

Data de qualificação: 02/12/2008

15. Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência

HCFMRPUSP – FAEPA

Endereço: Campus Universitário, s/n

Bairro: Monte Alegre

Ribeirão Preto-SP

CNPJ: 57.722.118/0001-40

Data de qualificação: 23/03/2011

16. Fundação do ABC

Endereço: Rua Príncipe de Gales, 821

Bairro: VI Príncipe de Gales

Santo André -SP

CNPJ: 57.571.275/0001-00

Data de qualificação: 08/12/2006

17. Fundação Faculdade de Medicina

Endereço: Avenida Rebouças, 381

Bairro: Cerqueira Cesar

São Paulo-SP

CNPJ: 56.577.059/0001-00

Data de qualificação: 12/12/2008

18. Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto

Endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5544

Bairro: São Pedro

São José do Rio Preto – SP

CNPJ: 60.003.761/0001-29

Data de qualificação: 06/09/2011

19. Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem – FIDI

Endereço: Rua dos Ingleses, 569

Bairro: Bela Vista

São Paulo-SP

CNPJ: 55.401.178/0001-36

Data de qualificação: 02/09/2009

20. Fundação Luiz Decourt

Endereço: Av. Senador Lemos, 443

Bairro: Umarizal

Belém-PA

CNPJ: 14.700.421/0001-30

Data de qualificação: 16/01/2017

21. Fundação Padre Albino

Endereço: Rua dos Estudantes, 225

Bairro: Pq. Iracema

Catanduva-SP

CNPJ: 47.074.851/0001-42

Data de qualificação: 28/10/2009

22. Fundação para o Desenvolvimento Médico-Hospitalar – FAMESP

Endereço: Rua João Butignolli, s/n

Bairro: Distrito Rubião Junior

Botucatu-SP

CNPJ: 46.230.439/0001-01

Data de qualificação: 28/07/2011

23. Fundação PIO XII

Endereço: Rua Vinte, 221

Bairro: Centro

Barretos-SP

CNPJ: 49.150.352/0001-12

Data de qualificação: 02/06/2009

24. Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Endereço: Praça Dom Pedro II, 1826

Bairro: Centro

Franca-SP

CNPJ: 47.969.134/0001-89

Data de qualificação: 08/07/2009

25. Hospital Assistencial Maria Cavalotti Neves de Potirendaba

Endereço: Avenida Anna Josepha Peres Garcia, 430

Bairro: Vila Scarpelli

Potirendaba-SP

CNPJ: 51.855.534/0001-30

Data de qualificação: 21/06/2016

26. Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 316

Bairro: Jd. Paulista

São Paulo-SP

CNPJ: 09.538.688/0001-32

Data de qualificação: 01/12/2009

27. Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho

Endereço: Rua Dr. Cesário Motta Júnior, 112

Bairro: Vila Buarque

São Paulo-SP

CNPJ: 60.945.854/0001-72

Data de qualificação: 31/10/2012

28. Instituto Paulista de Estudos e Pesquisas em Oftalmologia – IPEPO

Endereço: Rua Botucatu, 979

Bairro: Vila Clementino

São Paulo-SP

CNPJ: 67187.070/0001-71

Data de qualificação: 12/04/2011

29. Instituto Sócrates Guanaes – ISG

Endereço: Av. Brigadeiro Luis Antônio, 3421

Bairro: Jardim Paulista

São Paulo-SP

CNPJ: 03.969.808/0001-70

Data de qualificação: 27/12/2016

30. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Endereço: Av. Vicente Ferreira, 828

Bairro: Cascata

Marília-SP

CNPJ: 52.049.244/0001-62

Data de qualificação: 01/12/2011

31. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Endereço: Rua Cesário Mota Junior, 112

Bairro: Santa Cecília

São Paulo-SP

CNPJ: 62.779.145/0001-90

Data de qualificação: 14/12/1999

32. Santa Casa de Andradina

Endereço: Av. Guanabara, 730

Bairro: Centro

Andradina-SP

CNPJ: 43.535.210/0001-97

Data de qualificação: 12/02/2009

33. Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba

Endereço: Rua Floriano Peixoto, 896

Bairro: VI Mendonça

Araçatuba-SP

CNPJ: 43.751.502/0001-67

Data de qualificação: 31/12/2008

34. Santa Casa de Misericórdia de Assis

Endereço: Praça Dr. Simphronio A Santos, 166

Bairro: Centro

Assis-SP

CNPJ: 44.364.826/0001-05

Data de qualificação: 04/01/2012

35. Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis

Endereço: Av. Afonso Cáfar, 2630

Bairro: Centro

Fernandópolis-SP

CNPJ: 47.844.287/0001-08

Data de qualificação: 17/04/2009

36. Santa Casa de Misericórdia de Itapeva

Endereço: Rua Santo Dumont, 433

Bairro: Centro

Itapeva-SP

CNPJ: 49.797.293/0001-79

Data de qualificação: 07/11/2008

37. Santa Casa de Misericórdia de Ituverava

Endereço: Praça Monsenhor João Rulli, 729

Bairro: Centro

Ituverava -SP

CNPJ: 50.304.377/0001-02

Data de qualificação: 30/12/2008

38. Santa Casa de Misericórdia de Tupã

Endereço: Rua Manoel Ferreira Damião, 426

Bairro: Vila Abarca

Tupã-SP

CNPJ: 72.547.623/0001-90

Data de qualificação: 27/09/2010

39. Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga

Endereço: Rua Minas Gerais, 3051

Bairro: Centro

Votuporanga-SP

CNPJ: 72.957.814/0001-20

Data de qualificação: 31/08/2007

40. Santa Casa de Misericórdia e Maternidade Dracena

Endereço: Rua Virgilio Pagnozzi, 833

Bairro: Centro

Dracena-SP

CNPJ: 47.617.584.0001-02

Data de qualificação: 24/06/2008

41. Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo

Endereço: Av. Francisco Matarazzo, 74

Bairro: Água Branca

São Paulo-SP

CNPJ: 61.687.356/0001-30

Data de qualificação: 19/10/1998

42. Sociedade Assistencial Bandeirantes

Endereço: Rua Galvão Bueno, 257

Bairro: Liberdade

São Paulo-SP

CNPJ: 46.543.781/0005-95

Data de qualificação: 12/09/2003

43. Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde – INSAUDE

Endereço: Av CI Guilherme A Castanho, 496

Bairro: Centro

Bernardino de Campos-SP

CNPJ: 44.563.716/0001-72

Data de qualificação: 25/05/2017

ANEXO B – RESOLUÇÃO N. 60/2016 – DIÁRIO OFICIAL

Diário Oficial

Estado de São Paulo

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Poder Executivo

Seção I

Nº 124 DOE – 06/07/16 - seção 1 - p.29

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS n 60 (a numeração foi alterada de 59 para 60, em virtude de retificação, publicada no Diário Oficial, de 7-7-2016)

Estabelece novo modelo de Contrato de Gestão para as parcerias com Organizações Sociais de Saúde para o gerenciamento de unidades de saúde, e dá providências correlatas

O Secretário da Saúde,
Resolve

Artigo 1º - Fica estabelecido modelo de Contrato de Gestão constante do Anexo I, que fica fazendo parte integrante da presente Resolução, a ser adotado nas parcerias firmadas encacom Organizações Sociais de Saúde para o gerenciamento de unidades de saúde.

Artigo 2º - O Contrato de Gestão a que se refere esta Resolução foi analisado e aprovado pela Consultoria Jurídica da Pasta, no Processo n. 001/0100/000.366/2006, por meio do Parecer CJ n. 676/2016.

Artigo 3º - Ficam revogadas as Resoluções SS nº: 87, de 06 de outubro de 2006, SS-15, de 06 de fevereiro de 2009 e SS-108, de 14 de outubro de 2013.

Artigo 3º - Esta Resolução entra em vigor a partir de 1º/07/2016.

ANEXO I

(A que se reporta a Resolução SS nº 59 de 05 de julho de 2016)

Contrato de Gestão Modelo para serviços hospitalares, exclusivamente ambulatoriais e outros tipos de serviços – excluindo-se laboratórios - aprovado pela CJ no Processo nº 001/0100/000.366/2006 – Parecer CJ/SS nº 676/2016.

MINUTA CONTRATO DE GESTÃO CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE, E O (A)..... QUALIFICADO (A) COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO (A)

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Dr., portador da Cédula de Identidade R.G. nº, CPF nº, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado o(a), com CNPJ/MF nº, inscrito no CREMESP sob nº, com endereço à Rua e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de São Paulo, neste ato representada por seu, Sr., R.G. nº, C.P.F. nº doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no (a)..... cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

1- O presente Contrato de Gestão tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela CONTRATADA, das atividades e serviços de saúde no (a)....., em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.

2- O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

3- Fazem parte integrante deste Contrato:

a) O Anexo Técnico I – Descrição de Serviços

b) O Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento

c) O Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à CONTRATADA, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual - IAMSPE, conforme determina a Lei Complementar nº. 971/05 e de acordo com o estabelecido neste contrato;

2- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS e do IAMSPE (Lei Complementar nº. 971/2005) no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº. 846/98;

3- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);

4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846/98, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

4.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);

5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

6.1- Comunicar à instância responsável da CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

7- Transferir, integralmente à CONTRATANTE em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no (a)..... cujo uso lhe fora permitido;

8- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

9- Instalar no (a), cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste Contrato de Gestão;

10- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;

11- Em se tratando de serviço de hospitalização informar, sempre que solicitado, à CONTRATANTE, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, de forma atualizada e em lugar visível do serviço de saúde, o número de vagas existentes no dia;

11.1 Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela Secretaria de Estado da Saúde, se esta assim o definir;

12- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";

13- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado, prestador de serviço ou preposto, em razão da execução deste contrato;

14- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

15- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa Consentida, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido;

- 16- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal, igualitário e humanizado, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 17- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 18- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
- 19- Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
- 20- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 21- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 22- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- 23- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- 24- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:
- * Comissão de Prontuário Médico; * Comissão de Óbitos;
 - * Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;
- 25- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
- 1- Nome do paciente
 - 2- Nome da Unidade de atendimento
 - 3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado)
 - 4- Motivo do atendimento (CID-10)
 - 5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação)
 - 6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso
- 25.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:
- "Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".
- 26- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 25 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;
- 27- Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação.
- 28- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades hospitalares e 80% para as despesas de custeio de unidades não hospitalares.
- 29- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.
- 30- A contratada não poderá celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública, e, ainda, com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual. 31- Remeter mensalmente à CONTRATANTE informações dos atendimentos realizados a pacientes contribuintes, beneficiários ou agregados do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE).

CLÁUSULA TERCEIRA

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:

- 1- Prover a CONTRATADA dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato;
- 2- Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;
- 3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela CONTRATADA;
- 4- Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- 5- Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, conforme o disposto na Lei Complementar nº. 846/98;
- 6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços

comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto no § 3º do artigo 9º da Lei Complementar nº. 846/98, procederá à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Assembleia Legislativa.

PARÁGRAFO PRIMEIRO A verificação de que trata o “caput” desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da CONTRATANTE e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão referida nesta cláusula deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho da CONTRATADA. PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA DO ACOMPANHAMENTO

A execução do presente será acompanhada pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato de Gestão será de 05 (cinco) anos.

PARÁGRAFO ÚNICO O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exige a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato de Gestão, especificados no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, a importância global estimada de R\$

(.....)

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no “caput” desta cláusula, o valor de R\$ (.....) correspondente a este exercício financeiro, onerará a rubrica, no item, no exercício de 201.... cujo repasse dar-se-á na modalidade Contrato de Gestão, conforme Instruções TCESP.....

PARÁGRAFO SEGUNDO

Ao final de cada exercício financeiro, será estabelecido mediante a celebração de Termos de Retirratificação ao presente Contrato, o valor dos recursos financeiros que será repassado à CONTRATADA nos exercícios seguintes, valor esse a ser definido considerando as metas propostas, em relação à atividade assistencial que será desenvolvida no, para cada exercício e, correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subsequentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato de Gestão.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente Contrato de Gestão pela CONTRATADA poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO QUINTO

A CONTRATADA deverá receber e movimentar exclusivamente em conta corrente aberta em instituição oficial os

recursos que lhe forem passados pela CONTRATANTE, constando como titular a unidade pública sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da OSS CONTRATADA. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

No primeiro exercício financeiro do presente contrato, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em de R\$ (.....), sendo que a transferência à CONTRATADA será efetivada mediante a liberação de.....(....) parcelas mensais, cujo valor total corresponde ao estimado para o custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os Indicadores de Qualidade (indicadores de qualidade) e para os Indicadores de Produção (modalidade de contratação das atividades assistenciais) estabelecidos para as modalidades de contratação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais serão pagas até o 5º. (quinto) dia útil de cada mês.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os repasses financeiros de custeio serão pagos mensalmente e podem sofrer descontos financeiros decorrentes:

a) da avaliação trimestral, do alcance das metas dos Indicadores de Qualidade, Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade:

a.1. 1º trimestre – avaliação em maio;

a.2. 2º trimestre – avaliação em agosto;

a.3. 3º trimestre - avaliação em novembro e,

a.4. 4º trimestre – avaliação em fevereiro do ano seguinte

b) da avaliação semestral, do alcance de metas dos Indicadores de Produção (modalidade de contratação das atividades assistenciais):

b.1 1º semestre – avaliação em agosto e,

b.2 2º semestre – avaliação em fevereiro no ano seguinte

c) concluídas as avaliações citadas nos itens “a” e “b” e verificada a incidência de desconto por descumprimento de metas, esse será objeto de Termo Retirratificação, nos meses subsequentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento, que integra o presente Contrato de Gestão.

PARÁGRAFO QUARTO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados no mês de fevereiro do contrato do ano seguinte.

PARÁGRAFO QUINTO

Na hipótese da unidade não possuir um trimestre de funcionamento, a primeira avaliação e valoração das metas dos Indicadores de Qualidade do Contrato de Gestão, prevista no Parágrafo 2º, desta Cláusula, para efeitos de desconto, será efetivada no trimestre posterior.

PARÁGRAFO SEXTO

Na hipótese da unidade não possuir um semestre de funcionamento, a primeira avaliação e valoração das metas dos Indicadores de Produção (modalidade por contratação das atividades assistenciais) do Contrato de Gestão, prevista no Parágrafo 2º, desta Cláusula, para efeitos de desconto, será efetivada no semestre posterior.

CLÁUSULA NONA

DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente Contrato de Gestão poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que contere a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA

DA RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a CONTRATADA faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DAS PENALIDADES

A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 da Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº. 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 02 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas “a”, “c” e “d” desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea “b”.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 10 (dez) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DISPOSIÇÕES FINAIS

- 1- É vedada a cobrança direta ou indireta ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito à CONTRATADA, no entanto, buscar o ressarcimento a que se refere o artigo 32 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, nas hipóteses e na forma ali prevista.
- 2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Contrato, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo de Retirratificação, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.
- 3- Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de Termo de Retirratificação ao presente contrato.
- 4- A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DA PUBLICAÇÃO

O será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo. de de

Contratada Contratante

Testemunhas:

1) _____ 2) _____

Nome: Nome:

R.G.: R.G.

ANEXO TÉCNICO I

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A CONTRATADA atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual – IAMSPE (Lei Complementar nº. 971/95), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros). O Serviço de Admissão da CONTRATADA solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 horas. O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em caso de hospitalização, a CONTRATADA fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a CONTRATADA, em decorrência da assinatura deste, presta serviços de assistência à saúde. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela CONTRATADA serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SAI - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela CONTRATANTE.

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos; * Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;

* Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;

* Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde;

* Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;

* Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;

* Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;

* Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

* O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;

* Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);

* Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário; * Sangue e hemoderivados;

* Fornecimento de roupas hospitalares;

* Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do

2. HOSPITAL DIA E CIRURGIAS AMBULATORIAIS

A assistência hospitalar em regime de hospital-dia ocorrerá conforme definição do manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2004 e a Portaria MS/GM nº. 44, de 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (cma) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

3. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

3.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

3.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

* Primeira consulta

* Interconsulta

* Consultas subsequentes (retornos)

* Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não médicas

4.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.3 Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

4.4 Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como terapias especializadas realizadas por especialidades não médicas (sessões).

4.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

4.6 Com relação às sessões de Tratamentos Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada – Litotripsia), SADT externo (Diagnóstico em laboratório clínico – CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica – CEAC e SEDI – Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o (a) se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela CONTRATANTE após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será disci- minada e homologada mediante Termo de Retirratificação ao presente contrato.

O desenvolve Programas de Residência Médica subordinado à Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde. A CONTRATADA é responsável pela manutenção dos referidos Programas definidos por Resolução do Secretário de Estado da Saúde, de acordo com as normas legais e as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

II.1.1 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares anual de, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediatria e Psiquiatria	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Clínica Médica													
Obstetrícia													
Pediatria													
Psiquiatria													
Total													

II.1.2 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares anual de, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, classificando as saídas cirúrgicas em eletivas e de urgência (de acordo com a classificação do Manual SIHD)

Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Eletivas													
Urgência													
Total													

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de procedimentos cirúrgicos eletivos e de procedimentos cirúrgicos de urgência da produção realizada e informada no SIH – DATASUS, pelo hospital, no exercício anterior.

Os procedimentos cirúrgicos obstétricos são atinentes às saídas obstétricas, não compõem o conjunto de saídas cirúrgicas.

II.1.3 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL

HD/Cirurgia Ambulatorial	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Hospital Dia													
Cirurgia Ambulatorial													
Total Cirurgias													

II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Primeira Consulta													
Interconsulta													
Consulta Subsequente													
Consulta não Médica													
Terapias (Sessões)													
Total Consultas													

Especialidades médicas	20..	Especialidades médicas	20..
Acupuntura		Mastologia	
Angiologia		Medicina do Trabalho	
Anestesiologia		Medic. Int./Clin. Geral egressos enfermaria	
Cardiologia		Nefrologia	
Cirurgia Cardiovascular		Neonatalogia	
Cirurgia Geral		Neurocirurgia	
Cirurgia Pediátrica		Neurologia	
Cirurgia Plástica		Osteotriple	
Cirurgia Torácica		Oftalmologia	
Cirurgia Vascular		Oncologia	
Dermatologia		Otorrinolaringologia	
Endocrinologia		Otorrinolaringologia	
Endocrinologia Infantil		Pediatria-egressos enfermaria	
História		Pneumologia	
Gastroenterologia		Proctologia	
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	
Ginecologia		Urologia	
Hematologia		Outros	
Infectologia			
Especialidades não médicas	20..	Especialidades não médicas	20..
Enfermeiro		Nutricionista	
Farmacêutico		Psicólogo	
Fisioterapeuta		Terapeuta Ocupacional	
Fonoaudiólogo		Oncologia Buro/Maxilo	

II.3 ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada)

Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta)

()

()

Consulta de Urgência	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Total													

II.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

(âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de _____ exames, a pacientes EXTERNOS ao hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

- * Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- * Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada : hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

ANEXO TÉCNICO II

SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam, estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da CONTRATADA subdivide-se em (.....) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

() Internação em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica (Enfermaria e Pronto- Socorro)

() Internação em Clínica Cirúrgica

() Hospital Dia /Cirurgias Ambulatoriais

() Atendimento Ambulatorial

() Atendimento a Urgências

() Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

() Outros Atendimentos.

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da CONTRATADA.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da CONTRATANTE, conforme especificado no item 05 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do para o exercício de 20..., fica estimado em R\$ (..... reais) e será distribuído percentualmente nos termos indicado na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	%
Internação em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	
Internação em Clínica Cirúrgica	
HD/Cirurgia Ambulatorial	
Urgência	
Ambulatório	
SADT Externo	
TOTAL	100%

4. Os pagamentos à CONTRATADA dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 Os pagamentos mensais à CONTRATADA para o ano de 20..., , dar-se-ão na seguinte maneira:

TABELA II – CRONOGRAMAS

20...			
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO		CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES	
Mês	Valor	Indicadores de Qualidade	Indicadores de Produção
Janeiro	R\$	1º trimestre – consolidação das informações em abril, avaliação em maio	1º semestre consolidação das informações em julho, avaliação em agosto
Fevereiro	R\$		
Março	R\$		
Abril	R\$	2º Trimestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto	
Maio	R\$		
Junho	R\$		
Julho	R\$	3º Trimestre - consolidação das informações em outubro, avaliação em novembro	2º semestre – consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro
Agosto	R\$		
Setembro	R\$		
Outubro	R\$	4º Trimestre - consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro	
Novembro	R\$		
Dezembro	R\$		
Total			

4.2 A avaliação e a valoração dos Indicadores de Qualidade serão realizados nos meses de maio, agosto, novembro e fevereiro do ano seguinte, podendo gerar um desconto financeiro a menor de até 10% do custeio da unidade no trimestre, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores, pelo

4.3. A avaliação e a valoração dos Indicadores de Produção (modalidade por contratação das atividades assistenciais) serão realizados nos meses de agosto e fevereiro do ano seguinte, podendo gerar um ajuste financeiro a menor de 10% a 30% do custeio da unidade no semestre, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores constante na TABELA III – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DAS QUANTIDADES POR MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS e de acordo com a DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO nas modalidades de contratação das atividades assistenciais, conforme TABELA I, constante no Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento.

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a CONTRATADA no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 11 (onze), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela CONTRATANTE.

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestao.saude.sp.gov.br, disponibilizado pela CONTRATANTE e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades

desenvolvidas pelo e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A CONTRATANTE procederá à análise dos dados enviados pela CONTRATADA para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7. Nos meses de maio, agosto, novembro e fevereiro do ano subsequente, a CONTRATANTE procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo dos Indicadores de Qualidade, que poderão ensejar desconto conforme desempenho em relação às metas, nos termos citados no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de agosto e fevereiro do ano subsequente, a CONTRATANTE procederá à análise dos Indicadores de Produção (modalidades de contratação das atividades assistenciais) realizada pela CONTRATADA, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar desconto financeiro, bem como re-pactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada mediante Termo de Retirratificação ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do Contrato de Gestão.

10. A análise referida no item 08 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos de Retirratificação ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II. 1. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE COM PERIODICIDADE TRIMESTRAL

Os valores percentuais apontados na tabela inserida no Anexo Técnico III, para valoração de cada um dos indicadores selecionados serão utilizados como base de cálculo do valor a ser descontado, em caso de descumprimento de metas, conforme especificado no item 4.2 deste documento.

II.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO COM PERIODICIDADE SEMESTRAL (QUANTIDADE POR MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)

Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação que ocorrerão nos meses de agosto e fevereiro do ano seguinte.

1. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à CONTRATADA, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.

TABELA III – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)

TABELA III.1 – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de unidades hospitalares.

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FÓRMULA DO VALOR A PAGAR (EM REAIS)
INTERNAÇÃO em Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica e Clínica Psiquiátrica	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	80% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
INTERNAÇÃO em Clínica Cirúrgica	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	80% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
HOSPITAL DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	80% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
AMBULATÓRIO	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	80% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
SAUÍ EXTERNO	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de SAUÍ Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de SAUÍ Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	80% X distribuição percentual de SAUÍ Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de SAUÍ Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	80% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)

TABELA III. 2 – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de unidades exclusivamente Ambulatoriais e de outros tipos de atividades.

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FÓRMULA DO VALOR A PAGAR (FM REAIS)
(Cada modalidade de atividade assistencial contratada das unidades exclusivamente Ambulatoriais e das outras unidades)	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de ... (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de ... (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de ... (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de ... (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada hospital serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo deste Contrato de Gestão. A tabela abaixo apresenta o peso de cada indicador de qualidade para a avaliação e valoração de cada trimestre. Essa valoração poderá gerar desconto financeiro a menor em até 10% do valor de custeio da unidade no período avaliativo, conforme estabelecido no item 4.2 do Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento.

PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS PARA O ANO DE

INDICADOR	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre

**ANEXO C – CONTRATO DE GESTÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA
DE PINHO MELO E TERMOS ADITIVOS DE 2016**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato de Gestão Modelo para serviços hospitalares, exclusivamente ambulatoriais e outros tipos de serviços – excluindo-se laboratórios - aprovado pela CJ Processo nº 001/0100/000.366/2006, por intermédio do Parecer nº. 21/2009.

CONTRATO DE GESTÃO

Processo: 001/0500/000.041/2012

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, E A **SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO**.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da **Secretaria de Estado da Saúde**, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, **Dr. Giovanni Guido Cerri**, naturalizado brasileiro, casado, médico, RG nº 5.169.600, CPF nº 949.050.458-00, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina**, com CNPJ/MF nº 61.699.567/0001-92, inscrito no CREMESP sob nº 903878, com endereço à Rua Napoleão de Barros, 715 – Vila Clementino – São Paulo SP e com estatuto arquivado no 1º Cartório de Registro de Títulos e Documentos sob nº 357302, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de São Paulo, neste ato representada por seu Presidente, Dr. Rubens Belfort Mattos Junior, RG nº 3.55.751, CPF nº 066.743.488-72, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº 001/0500/000.041/2012, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA PRIMEIRA **DO OBJETO**

- 1- O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde no **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.
- 2- O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.
- 3- Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:
 - a) O Anexo Técnico I – Descrição de Serviços
 - b) O Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento
 - c) O Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade

CLÁUSULA SEGUNDA **OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

- 1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato;
- 2- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº 846/98;
- 3- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);
- 4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846/98, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
 - 4.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;
- 6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;
 - 6.1- A permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas no artigo 6º, §5º, combinado com o artigo 14, §4º, ambos da Lei Complementar nº 846/98;
 - 6.2- Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;
- 7- Transferir, integralmente à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**, cujo uso lhe fora permitido;
- 8- Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto no artigo 3º, incisos I a IV, da Lei Complementar nº 846/98, observado o prazo previsto no art. 21, do mesmo diploma legal;
- 9- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste **Contrato de Gestão**, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;
- 10- Instalar no **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste **Contrato de Gestão**;
- 11- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;
- 12- Em se tratando de serviço de hospitalização informar, sempre que solicitado, à **CONTRATANTE**, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;
 - 12.1- Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela Secretaria de Estado da Saúde, se esta assim o definir;
- 13- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 14- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
- 15- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- 16- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Consentido, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a quer será submetido;
- 17- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 18- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 19- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- 20- Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
- 21- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 22- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 23- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- 24- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- 25- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:
 - ❖ Comissão de Prontuário Médico;
 - ❖ Comissão de Óbitos;
 - ❖ Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

26- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- 1- Nome do paciente
- 2- Nome da Unidade de atendimento
- 3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado)
- 4- Motivo do atendimento (CID-10)
- 5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação)
- 6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso

26.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:
"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

27- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 26 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

28- Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação.

29- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades.

30- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticada na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.

CLÁUSULA TERCEIRA **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

- 1- Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato;
- 2- Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;

- 3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela **CONTRATADA**;
- 4- Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- 5- Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, conforme o disposto na Lei Complementar nº 846/98;
- 6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA **DA AVALIAÇÃO**

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto no § 3º do artigo 9º da Lei Complementar nº 846/98, procederá à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Assembléia Legislativa.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da **CONTRATANTE** e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão referida nesta cláusula deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA QUINTA **DO ACOMPANHAMENTO**

A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA **DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente **Contrato de Gestão** será de 5 (cinco) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA **DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Pela prestação dos serviços objeto deste **Contrato de Gestão**, especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, a importância global estimada de **R\$572.682.506,40 (Quinhentos e setenta e dois milhões, seiscentos e oitenta e dois mil, quinhentos e seis reais e quarenta centavos)**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de **R\$57.268.250,64 (Cinquenta e sete milhões, duzentos e sessenta e oito mil, duzentos e cinquenta reais e sessenta e quatro centavos)** correspondente ao segundo semestre deste exercício financeiro, de 2012, cujo repasse dar-se-á na modalidade **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme Instrução TCESP nº 01/2008, e onerará a rubrica:

CUSTEIO

UGE: 090192

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.302.0930.4852.0000

NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39

FONTE DE RECURSOS: TESOURO

PARÁGRAFO SEGUNDO

O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subseqüentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta aplicada no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO QUINTO

A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o hospital público sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **OSS CONTRATADA**. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

No segundo semestre do exercício de 2012, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em **R\$57.268.250,64 (Cinquenta e sete milhões, duzentos e sessenta e oito mil, duzentos e cinquenta reais e sessenta e quatro centavos)**, sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 6 (seis) parcelas mensais, no valor de R\$ 9.544.708,44(nove milhões quinhentos e quarenta e quatro mil setecentos e oito reais e quarenta e quatro centavos).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados nos meses de Fevereiro, Maio, Agosto e Novembro após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra o presente **Contrato de Gestão**.

PARÁGRAFO QUARTO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados no mês de Janeiro do contrato do ano seguinte.

PARÁGRAFO QUINTO

Na hipótese da unidade não possuir um tempo mínimo de 3(três) meses de funcionamento, a primeira avaliação dos Indicadores de Qualidade para efeitos de





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

pagamento da parte variável do **Contrato de Gestão**, prevista no Parágrafo 2º desta Cláusula, será efetivada no trimestre posterior.

CLÁUSULA NONA **DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA **DA RESCISÃO**

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA **DAS PENALIDADES**

A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 Lei federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a

CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

DISPOSIÇÕES FINAIS

1- É vedada a cobrança direta ou indireta ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito à **CONTRATADA**, no entanto, buscar o ressarcimento a que se refere o artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nas hipóteses e na forma ali prevista.

2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

3- Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de retificação ao presente contrato.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4- A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA DA PUBLICAÇÃO

O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

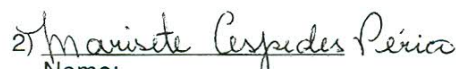
São Paulo, 23 de junho de 2012.


Dr. Rubens Belfort Mattos Junior
Presidente


Dr. Giovanni Guido Cerri
Secretário de Estado

Testemunhas:

1) 
Nome:
R.G.: 194481

2) 
Nome:
R.G.: 11.802.611-2





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO I DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em caso de hospitalização, a **CONTRATADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a **CONTRATADA**, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos;

- ♦ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- ♦ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- ♦ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- ♦ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ♦ Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- ♦ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ♦ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- ♦ O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- ♦ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- ♦ Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- ♦ Sangue e hemoderivados;
- ♦ Fornecimento de roupas hospitalares;
- ♦ Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**.

2. HOSPITAL DIA E CIRURGIAS AMBULATORIAIS

A assistência hospitalar em regime de hospital-dia ocorrerá conforme definição do manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2004 e a Portaria nº. 44/GM em 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (cma) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

3. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

3.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

3.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

- ♦ Primeira consulta
- ♦ Interconsulta
- ♦ Consultas subseqüentes (retornos)
- ♦ Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não médicas

4.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS-Unidades Básicas de Saúde, ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.3 Entende-se por consulta subseqüente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subseqüentes das interconsultas.

4.4 Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como terapias especializadas realizadas por especialidades não médicas (sessões).

4.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4.6 Com relação às sessões de Tratamento Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada – Litotripsia, e SADT externo (Diagnóstico em laboratório clínico – CEAC, Diagnóstico em Anatomia Patológica – CEAC e SEDI – Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II. 1 INTERNAÇÃO

II.1.1 INTERNAÇÃO (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares no segundo semestre/2012 de **5.660**, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Internações	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Clínica Médica	400	400	400	400	390	400	2.390
Clínica Cirúrgica	370	370	370	370	370	370	2.220
Obstetrícia	0	0	0	0	0	0	0
Pediatria	145	145	145	145	145	145	870
Psiquiatria	30	30	30	30	30	30	180
Total	945	945	945	945	935	945	5.660

II.1.2 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL

HD Cirúrgico / Cirurgias Amb.	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Cirurgia H. D.	120	125	120	120	126	130	741
Cirurgias Ambulatoriais	135	135	135	135	135	135	810
Total	255	260	255	255	261	265	1.551





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

Atividade Ambulatorial	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Primeiras Consultas Rede - Médicas	2.600	2.600	2.600	2.600	2.610	2.625	15.635
Interconsultas - Médicas	450	450	450	450	450	450	2.700
Consultas Subseqüentes - Médicas	5.850	5.850	5.850	5.850	5.850	5.850	35.100
Consultas não Médicas	800	800	800	800	800	800	4.800
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	0	0	0	0	0	0	0
Total	9.700	9.700	9.700	9.700	9.710	9.725	58.235

ESPECIALIDADES MÉDICAS		ESPECIALIDADES MÉDICAS	
Acupuntura		Infectologia	
Alergia / Imunologia	X	Mastologia	X
Anestesiologia	X	Nefrologia	X
Cardiologia	X	Neonatologia	
Cirurgia Cardiovascular	X	Neurologia	X
Cirurgia Cabeça e Pescoço	X	Neurologia Infantil	X
Cirurgia Geral	X	Neurocirurgia	X
Cirurgia Pediátrica	X	Obstetrícia	
Cirurgia Plástica	X	Oftalmologia	X
Cirurgia Torácica	X	Oncologia	X
Cirurgia Vascular	X	Ortopedia	X
Dermatologia	X	Otorrinolaringologia	X
Endocrinologia	X	Pneumologia	X
Endocrinologia Infantil	X	Pneumologia Infantil	X
Fisiatria		Proctologia	X
Gastroenterologia	X	Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	X
Ginecologia	X	Urologia	X
Hematologia	X	Outros	

ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS	
Enfermeiro	X
Farmacêutico	
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	X
Terapeuta Ocupacional	
Odontologia/Buco Maxilo	X
Outros	X





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada)

()

Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta)

(X)

Urgência / Emergência	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Consultas de Urgência	16.208	16.208	16.208	16.209	16.209	16.209	97.251

II.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

(âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá **7.867** exames, conforme serviços de SADT abaixo relacionados, no segundo semestre/2012, a pacientes **EXTERNOS** ao hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

SADT Externo	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Diagnóstico em Laboratório Clínico	0	0	0	0	0	0	0
Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatológica	0	0	0	0	0	0	0
Diagnóstico por Radiologia	350	350	350	350	350	350	2.100
Diagnóstico por Ultra-Sonografia	300	300	300	300	300	300	1.800
Diagnóstico por Tomografia	300	300	300	300	300	300	1.800
Diagnóstico por Ressonância Magnética	0	0	0	0	0	0	0
Diagnóstico por Medicina Nuclear in Vivo	0	0	0	0	0	0	0
Diagnóstico por Endoscopia	120	120	120	120	120	120	720
Diagnóstico por Radiologia Intervencionista	20	20	20	20	20	20	120
Métodos Diagnósticos em Especialidades	222	221	221	221	221	221	1.327
Diagnóstico e Procedimentos Especiais em Hemoterapia	0	0	0	0	0	0	0
Total	1.312	1.311	1.311	1.311	1.311	1.311	7.867





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

II.4.1 – SERVIÇOS SOB ACOMPANHAMENTO

Tratamentos Clínicos	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Tratamento em Oncologia - Radioterapia	0	0	0	0	0	0	0
Tratamento em Oncologia - Quimioterapia	504	504	504	504	504	504	3.024
Tratamento em Nefrologia - Tratamento Dialítico	0	0	0	0	0	0	0
Terapias Especializadas - Litotripsia	0	0	0	0	0	0	0

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 6 (seis) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (X) Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- (X) Hospital Dia /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial
- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- (X) Outros Atendimentos (Tratamento Clínico – Quimioterapia)

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo** para o segundo semestre do exercício de 2012, fica estimado em **R\$57.268.250,64 (Cinquenta e sete milhões, duzentos e sessenta e oito mil, duzentos e cinquenta reais e sessenta e quatro centavos)** e compõe-se da seguinte forma:

♦ **51% (Cinquenta e um por cento)** do valor, R\$29.206.807,83 (Vinte e nove milhões, duzentos e seis mil, oitocentos e sete reais e oitenta e três centavos), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento hospitalar (internação);

♦ **3% (Três por cento)** do valor, R\$1.718.047,52 (Um milhão, setecentos e dezoito mil, quarenta e sete reais e cinquenta e dois centavos), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais,

♦ **11% (Onze por cento)** do valor, R\$6.299.507,57 (Seis milhões, duzentos e noventa e nove mil, quinhentos e sete reais e cinquenta e sete centavos), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento ambulatorial;

♦ **33% (Trinta e três por cento)** do valor, R\$18.898.522,71 (Dezoito milhões, oitocentos e noventa e oito mil, quinhentos e vinte e dois reais e setenta e um centavos) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento de urgências e,

♦ **2% (Dois por cento)** do valor R\$1.145.365,01 (Um milhão, cento e quarenta e cinco mil, trezentos e sessenta e cinco reais e um centavo) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 6 (seis) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (X) Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- (X) Hospital Dia /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial
- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- (X) Outros Atendimentos (Tratamento Clínico – Quimioterapia)

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo** para o segundo semestre do exercício de 2012, fica estimado em **R\$57.268.250,64 (Cinqüenta e sete milhões, duzentos e sessenta e oito mil, duzentos e cinqüenta reais e sessenta e quatro centavos)** e compõe-se da seguinte forma:

♦ **51% (Cinqüenta e um por cento)** do valor, R\$29.206.807,83 (Vinte e nove milhões, duzentos e seis mil, oitocentos e sete reais e oitenta e três centavos), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento hospitalar (internação);

♦ **3% (Três por cento)** do valor, R\$1.718.047,52 (Um milhão, setecentos e dezoito mil, quarenta e sete reais e cinqüenta e dois centavos), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais,

♦ **11% (Onze por cento)** do valor, R\$6.299.507,57 (Seis milhões, duzentos e noventa e nove mil, quinhentos e sete reais e cinqüenta e sete centavos), corresponde ao custeio das despesas com o atendimento ambulatorial;

♦ **33% (Trinta e três por cento)** do valor, R\$18.898.522,71 (Dezoito milhões, oitocentos e noventa e oito mil, quinhentos e vinte e dois reais e setenta e um centavos) corresponde ao custeio das despesas com o atendimento de urgências e,

♦ **2% (Dois por cento)** do valor R\$1.145.365,01 (Um milhão, cento e quarenta e cinco mil, trezentos e sessenta e cinco reais e um centavo) corresponde ao custeio das despesas com a execução dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados em 6 (seis) parcelas mensais fixas, no valor de **R\$8.590.237,60 (Oito milhões, quinhentos e noventa mil, duzentos e trinta e sete reais e sessenta centavos)**;

4.2 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimativo de **R\$954.470,84 (Novecentos e cinquenta e quatro mil, quatrocentos e setenta reais e oitenta e quatro centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III- Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão;

4.3 A avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**.

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestao.saude.sp.gov.br, disponibilizado pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7. A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de Julho e Janeiro, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados em 6 (seis) parcelas mensais fixas, no valor de **R\$8.590.237,60 (Oito milhões, quinhentos e noventa mil, duzentos e trinta e sete reais e sessenta centavos)**;

4.2 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimativo de **R\$954.470,84 (Novecentos e cinquenta e quatro mil, quatrocentos e setenta reais e oitenta e quatro centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III- Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão;

4.3 A avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**.

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestao.saude.sp.gov.br, disponibilizado pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7. A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de Julho e Janeiro, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

(para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do Contrato de Gestão.

10. A análise referida no item 08 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II. 1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Parte Variável do Contrato de Gestão)

Os valores percentuais apontados na tabela inserida Anexo Técnico III, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 (quatro dois) deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (Parte Fixa do Contrato de Gestão)

1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Julho e Janeiro.

2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TABELA I – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
INTERNAÇÃO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
HOSPITAL DIA	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
AMBULATÓRIO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
SADT EXTERNO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TABELA II – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais, segundo sua tipologia

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	HOSPITAL “PORTAS FECHADAS”	
	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	HOSPITAL “PORTAS ABERTAS”	
	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

TABELA III – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de Unidades exclusivamente Ambulatoriais e outros tipos de atividades

.....	UNIDADE	
	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade X orçamento da unidade (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade X orçamento da unidade (R\$)





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO III INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada hospital serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão.

PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES DEFINIDOS PARA O SEGUNDO SEMESTRE DO EXERCÍCIO DE 2012

INDICADOR	3º trimestre	4º trimestre
Mortalidade por IAM	20%	20%
Controle de Infecção Hospitalar	20%	20%
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE	10%	10%
Análise de Tempo de Permanência	25%	25%
Taxa de Cirurgia Suspensa /Taxa de Colecistectomia Laparoscópica	25%	25%





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº. 01/16

Processo Origem nº. 001.0500.000.041/2012
Processo / 2016 nº. 001.0500.000.134/2015

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO CELEBRADO EM 25/06/2012 ENTRE O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da **Secretaria de Estado da Saúde**, com sede nesta cidade à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, **Dr. David Everson Uip**, brasileiro, casado, médico, RG nº 4.509.000-2, CPF nº 791.037.668-53, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado, a **SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina**, com CNPJ/MF 61.699.567/0001-92, inscrito no CREMESP sob nº 903878 com endereço na Rua Napoleão de Barros nº. 715, Vila Clementina – São Paulo – Capital e com estatuto arquivado no 1º Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica/SP, registrado sob nº 416.684 em 21/01/2015 e microfilmado sob nº 416.684, neste ato representado por seu Presidente, **Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira**, brasileiro, médico, casado, portador do RG nº. 7.791.138-6 SSP/SP, CPF nº. 042.038.438-39, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº. 001.0500.000.041/2012, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº. 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **Termo de Retirratificação**, baseado no disposto na **Cláusula 9ª - Da Alteração Contratual**, do Contrato de Gestão referente a execução de ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O presente **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidas em 2016 no **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo** em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento:

- Anexo Técnico I – Descrição de Serviços
- Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento
- Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA SEGUNDA

DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

Ficam alterados os Anexos Técnicos I, II e III do **CONTRATO DE GESTÃO** assinado em 25/06/2012 e acrescenta na CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS, o PARÁGRAFO DÉCIMO SÉTIMO e na CLÁUSULA OITAVA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, o PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO, conforme redação abaixo:

“...

CLÁUSULA SÉTIMA

DOS RECURSOS FINANCEIROS

PARÁGRAFO DÉCIMO SÉTIMO

Pela prestação dos serviços especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, do Termo de Retirratificação nº. 01/16, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, a importância estimada de **R\$ 159.675.000,00 (cento e cinquenta e nove milhões, seiscentos e setenta e cinco mil reais)**, e no Anexo III – Dos Indicadores de Qualidade (parte variável), cujo repasse dar-se-á na modalidade **CONTRATO DE GESTÃO, conforme a Instrução TCESP nº. 01/2008**, correspondente ao exercício financeiro de 2016 e que onerará a:

UGE 090192

Atividade 10 302 0930 4852 0000

Natureza da Despesa 33 90 39

Fonte de Recursos: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – Lei 141/12

CLAUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO

Fica acrescentado ao presente Contrato o somatório dos valores a serem repassados em 2016, estimado em **R\$ 159.675.000,00 (cento e cinquenta e nove milhões, seiscentos e setenta e cinco mil reais)**, sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor corresponde a um valor fixo (1/12 de 90% do orçamento anual), e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/12 de 10% do orçamento anual). As parcelas mensais ficam estimadas **conforme tabela abaixo** e, serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

Mês	Valor (R\$)
Janeiro	12.688.000,00
Fevereiro	12.723.000,00
Março	13.289.000,00
Abril	13.367.000,00
Maio	13.451.000,00
Junho	13.451.000,00
Julho	13.451.000,00
Agosto	13.451.000,00
Setembro	13.451.000,00
Outubro	13.451.000,00
Novembro	13.451.000,00
Dezembro	13.451.000,00
TOTAL	159.675.000,00





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA TERCEIRA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo de Retirratificação vigorará a partir de sua assinatura até 31/12/2016.

CLÁUSULA QUARTA
DA RATIFICAÇÃO

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONTRATO DE GESTÃO** e, seus respectivos Termos de Retirratificação, não alterados por este instrumento.

CLÁUSULA QUINTA
DA PUBLICAÇÃO

O presente **Termo de Retirratificação** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

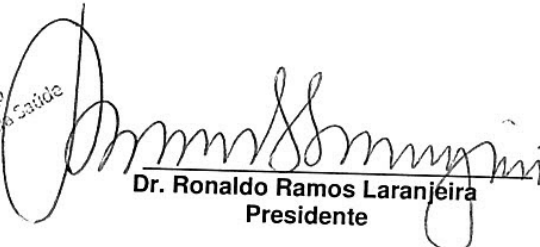
CLÁUSULA SEXTA
DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

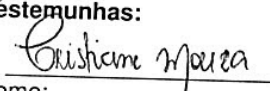
E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

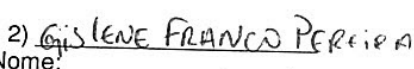
São Paulo, 29 de dezembro de 2015.


Dr. David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde


Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Presidente

Testemunhas:

1) 
Nome:
R.G.: 27392148

2) 
Nome:
R.G.: 32.554.176-0





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO I DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual - IAMSPE (Lei Complementar nº. 971/2005), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em caso de hospitalização, a **CONTRATADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a **CONTRATADA**, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- ♦ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- ♦ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- ♦ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- ♦ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ♦ Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- ♦ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ♦ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- ♦ O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- ♦ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- ♦ Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- ♦ Sangue e hemoderivados;
- ♦ Fornecimento de roupas hospitalares;
- ♦ Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**.

2. HOSPITAL DIA E CIRURGIAS AMBULATORIAIS

A assistência hospitalar em regime de hospital-dia ocorrerá conforme definição do manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2004 e a Portaria nº. 44/GM em 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (cma) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

3. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

3.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

3.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverá ser informado todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ocorre à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

- Primeira consulta
- Interconsulta
- Consultas subsequentes (retornos)
- Procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas
- Cirurgias Ambulatoriais (Cirurgias Maiores Ambulatoriais e cirurgias menores ambulatoriais)
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo
- Sessões de tratamento: hemoterapia, litotripsia, hemodiálise, hemodinâmica, radioterapia e quimioterapia.

4.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, ao Ambulatório, para atendimento a uma determinada especialidade médica. No caso de atendimento não médico a primeira consulta deve se dar apenas na especialidade de fisioterapia, quando disponibilizada para unidades externas.

4.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, tanto no que se refere ao atendimento médico quanto ao não médico.

4.3 Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

4.4 Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados (sessões) por especialidades não médicas.

4.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

4.6 Serão consideradas intervenções cirúrgicas ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, loco regional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (cma) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

4.7 Com relação às Sessões de Tratamento: Quimioterapia, Hemodiálise, Hemodinâmica, etc., o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo de Retirratificação ao presente Contrato.

O **HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUZIA DE PINHO MELO** desenvolve Programas de Residência Médica subordinado à Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde. A **CONTRATADA** é responsável pela manutenção dos referidos Programas definidos por Resolução do Secretário de Estado da Saúde, de acordo com as normas legais e as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II. 1 INTERNAÇÃO

II. 1.1 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO) - 2016

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares anual de **7.224** de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

UNIDADES DE INTERNAÇÃO - SAÍDAS POR CLÍNICA													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Clínica Médica	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	5.400
Clínica Obstétrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Clínica Pediátrica	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	1.572
Clínica Psiquiátrica	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	252
Total	602	602	602	602	602	602	602	602	602	602	602	602	7.224

II. 1.2 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares anual de **5.112**, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, classificando as saídas cirúrgicas em eletivas e de urgência (de acordo com a classificação do Manual SIHD)

SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA CIRÚRGICA													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Eletivas	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289	289	3.468
Urgências	137	137	137	137	137	137	137	137	137	137	137	137	1.644
Total	426	426	426	426	426	426	426	426	426	426	426	426	5.112

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de saídas cirúrgicas de caráter eletivo e saídas cirúrgicas de caráter de urgência referidas na produção realizada e informada no SIH – DATASUS, pelo hospital, no exercício anterior.

Os procedimentos cirúrgicos obstétricos são atinentes às saídas obstétricas, não compõem o conjunto de saídas cirúrgicas.



II.1.3 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL

O hospital deverá realizar um **total de 3.180** Cirurgias de HD, e Cirurgias Ambulatoriais

II. 1.4 ATENDIMENTOS À URGÊNCIA (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada)

Atendimento de Urgência Não Referenciado (Porta Aberta)

()

$$\begin{pmatrix} \mathbf{x} \end{pmatrix}$$

II. 2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESPECIALIDADES MÉDICAS	
	PLANEJADAS
Acupuntura	
Alergia / Imunologia	X
Anestesiologia	X
Cardiologia	X
Cirurgia Cardiovascular	X
Cirurgia Cabeça e Pescoço	X
Cirurgia Geral	X
Cirurgia Pediátrica	X
Cirurgia Plástica	X
Cirurgia Torácica	X
Cirurgia Vascular	X
Dermatologia	X
Endocrinologia	X
Endocrinologia Infantil	X
Fisiatria	
Gastroenterologia	
Geriatria	
Ginecologia	
Hematologia	X
Infectologia	
Mastologia	X
Nefrologia	X
Neonatologia	
Neurologia	X
Neurologia Infantil	X
Neurocirurgia	X
Obstetrícia	
Oftalmologia	X
Oncologia	X
Ortopedia	X
Otorrinolaringologia	X
Pneumologia	X
Pneumologia Infantil	X
Proctologia	X
Psiquiatria	
Reumatologia	X
Urologia	X
Outros	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS	
	PLANEJADAS
Enfermeiro	X
Farmacêutico	X
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	
Terapeuta Ocupacional	
Odontologia/Buco Maxilo	X
Outros	

II. 3. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT EXTERNO (ÂMBITO HOSPITALAR OU EXCLUSIVAMENTE AMBULATORIAL)

O Ambulatório oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de 17.892 exames, a pacientes **EXTERNOS** ao Hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

SADT EXTERNO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Diagnóstico Laboratório Clínico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anatomia patológica e citopatologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiologia	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	4.200
Ultra-Sonografia	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Tomografia Computadorizada	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Resson. Magnética	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Medicina Nuclear in Vivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endoscopia	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440
Radiologia Intervencionista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Métodos Diagn.em especialidades	221	221	221	221	221	221	221	221	221	221	221	221	2.652
Procedimentos especiais Hemoterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	1.491	17.892

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

II 3.1 ACOMPANHAMENTO

TRATAMENTOS CLÍNICOS - ACOMPANHAMENTO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Tratamento onco - Radioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tratamento onco - Quimioterapia	756	756	756	756	756	756	756	756	756	756	756	756	9.072
Tratamento Nefro - dialítico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tratamento em Oftalmologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Terapia especializada - Litotripsia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diagnóstico em Laboratório Clínico - CEAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diagnóstico em Anatomia Patológica - CEAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiologia - SEDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ultra-Sonografia - SEDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tomografia - SEDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ressonância - SEDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiologia Intervencionista - SEDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	756	756	756	756	756	756	756	756	756	756	756	756	9.072

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATADA

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
 - Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 06 (seis) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (x) Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- (x) Internação (Clínica Cirúrgica)
- (x) Cirurgia Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais
- (x) Atendimento Ambulatorial
- (x) Atendimento a Urgências
- (x) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro de custeio do **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**, para o exercício de 2016, fica estimado no valor de **R\$ 159.675.000,00 (cento e cinquenta e nove milhões, seiscentos e setenta e cinco mil reais)** e compõe-se da seguinte forma:

4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

LINHA DE CONTRATAÇÃO	%	R\$ VALOR
Internação (Saídas Hospitalares por Clínica)	30,00%	R\$ 47.902.500,00
Internação (Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica)	24,00%	R\$ 38.322.000,00
Cirurgia Hospital-Dia / Cirurgia Ambulatorial	2,00%	R\$ 3.193.500,00
Urgência / Emergência	30,00%	R\$ 47.902.500,00
Atendimento Ambulatorial	13,00%	R\$ 20.757.750,00
SADT Externo	1,00%	R\$ 1.596.750,00
TOTAL.....	100,00%	R\$ 159.675.000,00



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três), será repassado em 12 (doze) parcelas **segundo tabela abaixo**:

Mês	90% (R\$)
Janeiro	11.419.200,00
Fevereiro	11.450.700,00
Março	11.960.100,00
Abril	12.030.300,00
Maio	12.105.900,00
Junho	12.105.900,00
Julho	12.105.900,00
Agosto	12.105.900,00
Setembro	12.105.900,00
Outubro	12.105.900,00
Novembro	12.105.900,00
Dezembro	12.105.900,00
Total	143.707.500,00

4.2. 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três), será repassado mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimado **segundo tabela abaixo**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III- Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão:

Mês	10% (R\$)
Janeiro	1.268.800,00
Fevereiro	1.272.300,00
Março	1.328.900,00
Abril	1.336.700,00
Maio	1.345.100,00
Junho	1.345.100,00
Julho	1.345.100,00
Agosto	1.345.100,00
Setembro	1.345.100,00
Outubro	1.345.100,00
Novembro	1.345.100,00
Dezembro	1.345.100,00
Total	15.967.500,00

4.3. A avaliação da parte variável será realizada nos meses de Janeiro, Abril, Julho e Outubro, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**;

5. Visando o acompanhamento e avaliação do **CONTRATO DE GESTÃO** e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 11 (onze), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**;

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**;

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestao.saude.sp.gov.br, disponibilizado



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos;

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do **CONTRATO DE GESTÃO**.

7. A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de Janeiro e Julho, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA** do semestre findo, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades semestrais estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

9. Da análise semestral referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo de Retirratificação ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do **CONTRATO DE GESTÃO**.

10. A análise referida no item 08 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos de Retirratificação ao **CONTRATO DE GESTÃO** em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

(Parte Variável do Contrato de Gestão)

Os valores percentuais apontados na tabela abaixo, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 (quatro dois) deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

(Parte Fixa do Contrato de Gestão)

1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Janeiro a Julho

2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TABELA I – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
INTERNAÇÃO em Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica e Clínica Psiquiátrica	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
INTERNAÇÃO CLINICA CIRURGICA	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
HOSPITAL DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
AMBULATÓRIO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
SADT EXTERNO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)

TABELA II – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais, segundo sua tipologia

	HOSPITAL "PORTAS FECHADAS"	
	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	HOSPITAL "PORTAS ABERTAS"	
	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO III INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados, desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada Hospital serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do **CONTRATO DE GESTÃO**.

Pré Requisitos
Apresentação de AIH
Percentual de registros de CEP correspondentes ao endereço
Diagnóstico secundário por especialidade
Percentual de AIH referente às saídas
Mortalidade Operatória
Mortalidade por IAM
Programa de Controle de Infecção Hospitalar

INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL 2016

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Qualidade de Informação	30%	30%	30%	30%
Programa de Humanização	10%	10%	10%	10%
Atividade Cirúrgica	20%	20%	20%	20%
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	5%	5%	5%	5%
Agenda Regulada de Oncologia	5%	5%	5%	5%
Monitoramento de Atividades Seleccionadas	30%	30%	30%	30%



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 02/16

Processo Origem nº. 001.0500.000.041/2012
Processo / 2016 nº. 001.0500.000.134/2015

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO CELEBRADO EM 25/06/2012 ENTRE O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da **Secretaria de Estado da Saúde**, com sede nesta cidade à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, **Dr. David Everson Uip**, brasileiro, casado, médico, RG nº. 4.509.000-2, CPF nº. 791.037.668-53, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado, a **SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina**, com CNPJ/MF 61.699.567/0001-92, inscrito no CREMESP sob nº. 903878 com endereço na Rua Napoleão de Barros nº 715, Vila Clementina – São Paulo – Capital e com estatuto arquivado no 1º Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica/SP, registrado sob nº 416.684 em 21/01/2015 e microfilmado sob nº 416.684, neste ato representado por seu Presidente, **Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira**, brasileiro, médico, casado, portador do RG nº. 7.791.138-6 SSP/SP, CPF nº. 042.038.438-39, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº. 001.0500.000.041/2012, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº. 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **Termo de Retirratificação**, baseado no disposto na **Cláusula 9ª - Da Alteração Contratual**, do Contrato de Gestão referente a execução de ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

O presente **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO** tem por objeto a redução de recursos financeiros de Custeio por descumprimento de meta de Indicador de Qualidade (Monitoramento da Execução de Procedimentos Seleccionados) do Contrato de Gestão referente ao 4º trimestre/2015 do **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**.

CLÁUSULA SEGUNDA DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente Termo de Retirratificação altera o Contrato de Gestão acrescentando Cláusula Sétima – Dos Recursos Financeiros, o Parágrafo Décimo Oitavo e na Cláusula Oitava - Condições de Pagamento o Décimo Sexto, conforme redação abaixo:





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

“ ...

CLÁUSULA SÉTIMA **DOS RECURSOS FINANCEIROS** **PARÁGRAFO DÉCIMO OITAVO**

O valor de R\$ 104.774,32 (cento e quatro mil, setecentos e setenta e quatro reais e trinta e dois centavos), será reduzido da parcela de abril correspondente a recursos financeiros de Custeio, em razão do descumprimento de meta Indicador de Qualidade (Monitoramento da Execução de Procedimentos Seleccionados) do Contrato de Gestão referente ao 4º trimestre/2015.

CLAUSULA OITAVA **CONDIÇÕES DE PAGAMENTO** **PARÁGRAFO DÉCIMO SEXTO**

A dedução mencionada na Cláusula Sétima – dos Recursos Financeiros o Parágrafo Décimo Oitavo no valor de R\$ 104.774,32 (cento e quatro mil, setecentos e setenta e quatro reais e trinta e dois centavos), será efetivada em parcela única no mês de **abril** do presente exercício, conforme demonstrado abaixo:

Mês	Custeio Mensal	Redução TR 02/16	Parcela com redução
Abril/16	R\$ 13.367.000,00	(R\$ 104.774,32)	R\$ 13.262.225,68

“

CLÁUSULA TERCEIRA **DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente Termo de Retirratificação vigorará a partir de sua assinatura até 31/12/2016.

CLÁUSULA QUARTA **DA RATIFICAÇÃO**

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONTRATO DE GESTÃO** e, seus respectivos Termos de Retirratificação, não alterados por este instrumento.

CLÁUSULA QUINTA **DA PUBLICAÇÃO**

O presente **Termo de Retirratificação** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA SEXTA DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 05 de abril de 2016.



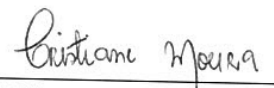
Dr. David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde
Se de acordo

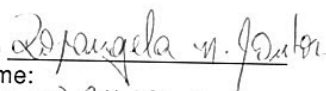
David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde



Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Presidente

Testemunhas:

1) 
Nome:
R.G.: 27392145

2) 
Nome:
R.G.: 22.811.380-1





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/16

Processo Origem nº. 001.0500.000.041/2012
Processo / 2016 nº. 001.0500.000.134/2015

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO CELEBRADO EM 25/06/2012 ENTRE O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E A SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da **Secretaria de Estado da Saúde**, com sede nesta cidade à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, **Dr. David Everson Uip**, brasileiro, casado, médico, RG nº 4.509.000-2, CPF nº 791.037.668-53, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado, a **SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina**, com CNPJ/MF 61.699.567/0001-92, inscrito no CREMESP sob nº 903878 com endereço na Rua Napoleão de Barros nº 715, Vila Clementina – São Paulo – Capital e com estatuto arquivado no 1º Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica/SP, registrado sob nº 416.684 em 21/01/2015 e microfilmado sob nº 416.684, neste ato representado por seu Presidente, **Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira**, brasileiro, médico, casado, portador do RG nº 7.791.138-6 SSP/SP, CPF nº 042.038.438-39, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº. 001.0500.000.041/2012, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº. 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **Termo de Retirratificação**, baseado no disposto na **Cláusula 9ª - Da Alteração Contratual**, do Contrato de Gestão referente a execução de ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA **DO OBJETO**

O presente **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO** tem por objeto o ajuste no repasse de recursos financeiros de Custeio no mês de abril/16, tendo em vista a alteração no cronograma de obras/entrega de equipamentos da nova UTI do Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo.

CLÁUSULA SEGUNDA **DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

Fica alterado o Anexo Técnico II do **CONTRATO DE GESTÃO** assinado em 25/06/2012 e acrescenta na CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS, o PARÁGRAFO DÉCIMO





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NONO e na CLÁUSULA OITAVA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, o PARÁGRAFO DÉCIMO SÉTIMO, conforme redação abaixo:

“ ...

CLÁUSULA SÉTIMA DOS RECURSOS FINANCEIROS

“ ...

PARÁGRAFO DÉCIMO NONO

Em virtude da readequação do repasse da parcela de Custeio a **CONTRATANTE** repassará a **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, no Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento, a importância estimada de **R\$ 158.570.225,68 (cento e cinquenta e oito milhões, quinhentos e setenta mil, duzentos e vinte e cinco reais e sessenta e oito centavos)**, cujo repasse dar-se-á na modalidade **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme a Instrução TCESP nº 01/2008, correspondente ao exercício financeiro de 2016 e que onerará a:

UGE 090192

Atividade 10 302 0930 4852 0000

Natureza da Despesa 33 90 39

Fonte de Recursos: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – Lei 141/12

CLAUSULA OITAVA CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

“ ...

PARÁGRAFO DÉCIMO SÉTIMO

A readequação mencionada na Cláusula Sétima – dos Recursos Financeiros - Parágrafo Décimo Nono, será efetivada em **abril**, alterando o presente Contrato a somatória dos valores a serem repassados em 2016, estimado em **R\$ 158.570.225,68 (cento e cinquenta e oito milhões, quinhentos e setenta mil, duzentos e vinte e cinco reais e sessenta e oito centavos)**, sendo que a transferência à CONTRATADA será efetivada conforme cronograma abaixo:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS DE CUSTEIO

Mês	TR 01/16 (R\$)	TR 02/16 Descumpr. Meta (R\$)	TR 03/16 Readeq. Orçam. (R\$)	Repasse Custeio (R\$)
Janeiro	12.688.000,00	-	-	12.688.000,00
Fevereiro	12.723.000,00	-	-	12.723.000,00
Março	13.289.000,00	-	-	13.289.000,00
Abril	13.367.000,00	(104.774,32)	(1.000.000,00)	12.262.225,68
Maio	13.451.000,00	-	-	13.451.000,00
Junho	13.451.000,00	-	-	13.451.000,00
Julho	13.451.000,00	-	-	13.451.000,00
Agosto	13.451.000,00	-	-	13.451.000,00
Setembro	13.451.000,00	-	-	13.451.000,00
Outubro	13.451.000,00	-	-	13.451.000,00
Novembro	13.451.000,00	-	-	13.451.000,00
Dezembro	13.451.000,00	-	-	13.451.000,00
TOTAL	159.675.000,00	(104.774,32)	(1.000.000,00)	158.570.225,68

“ ...





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 06 (seis) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (x) Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- (x) Internação (Clínica Cirúrgica)
- (x) Cirurgia Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais
- (x) Atendimento Ambulatorial
- (x) Atendimento a Urgências
- (x) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro de custeio do **Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo**, para o exercício de 2016, fica estimado no valor de **R\$ 158.570.225,68 (cento e cinquenta e oito milhões, quinhentos e setenta mil, duzentos e vinte e cinco reais e sessenta e oito centavos)** e compõe-se da seguinte forma:

4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

LINHA DE CONTRATAÇÃO	%	R\$ VALOR
Internação (Saídas Hospitalares por Clínica)	30,00%	R\$ 47.571.067,70
Internação (Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica)	24,00%	R\$ 38.056.854,16
Cirurgia Hospital-Dia / Cirurgia Ambulatorial	2,00%	R\$ 3.171.404,51
Urgência / Emergência	30,00%	R\$ 47.571.067,70
Atendimento Ambulatorial	13,00%	R\$ 20.614.129,34
SADT Externo	1,00%	R\$ 1.585.702,26
TOTAL.....	100,00%	R\$ 158.570.225,68





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três), será repassado em 12 (doze) parcelas **segundo tabela abaixo**:

Mês	90% (R\$)
Janeiro	11.419.200
Fevereiro	11.450.700
Março	11.960.100
Abril	11.036.003
Maio	12.105.900
Junho	12.105.900
Julho	12.105.900
Agosto	12.105.900
Setembro	12.105.900
Outubro	12.105.900
Novembro	12.105.900
Dezembro	12.105.900
Total	142.713.203

4.2. 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três), será repassado mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimado **segundo tabela abaixo**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III- Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão:

Mês	10% (R\$)
Janeiro	1.268.800,00
Fevereiro	1.272.300,00
Março	1.328.900,00
Abril	1.226.222,57
Maio	1.345.100,00
Junho	1.345.100,00
Julho	1.345.100,00
Agosto	1.345.100,00
Setembro	1.345.100,00
Outubro	1.345.100,00
Novembro	1.345.100,00
Dezembro	1.345.100,00
Total	15.857.022,57

...

CLÁUSULA TERCEIRA **DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente Termo de Retirratificação vigorará a partir de sua assinatura até 31/12/2016.

CLÁUSULA QUARTA **DA RATIFICAÇÃO**

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONTRATO DE GESTÃO** e, seus respectivos Termos de Retirratificação, não alterados por este instrumento.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA QUINTA **DA PUBLICAÇÃO**

O presente **Termo de Retirratificação** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA SEXTA **DO FORO**

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente Contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 05 de abril de 2016.


Dr. David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde
Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Presidente

Testemunhas:

1) Gislaine Maria
Nome:
R.G.: 27392145

2) Gislaine Franco Pereira
Nome:
R.G.: 32554146-0

