

**O ATENDIMENTO AOS CONVÊNIOS NOS GRANDES HOSPITAIS PÚBLICOS DE SÃO PAULO, UMA QUESTÃO DE PRIVATIZAÇÃO OU ORÇAMENTÁRIA?**

Wagner Rodrigues Sousa<sup>1</sup>

**Resumo**

A proposta do artigo é caracterizar a relação do atendimento aos convênios e particulares dentro dos grandes hospitais públicos de São Paulo, e perceber suas interferências em termos orçamentários. É também avaliar se isto está provocando uma diferenciação no atendimento e uma consequente exclusão dos pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Através desses apontamentos, apresenta aos leitores a elucidação do tema em estudo, ainda muito pouco explorado e que tem causado diversas polêmicas a cerca da questão: “O atendimento aos convênios e particulares dentro dos hospitais públicos, pode ou não ser considerado uma privatização de fato?”. Por fim, pretende-se através deste trabalho proporcionar um conhecimento relevante em administração pública e incentivar a pesquisa científica no que se refere ao estudo do desenvolvimento de políticas de administração em serviços de saúde pública.

**Palavra Chave:** Atendimento aos Convênios; Hospitais Públicos; Privatização; Orçamento.

**Introdução**

O processo de reestruturação do Estado, e conseqüentemente das políticas sociais desenvolvidas ao longo da década de 90, teve no Sistema Único de Saúde um de seus casos mais emblemáticos. Concluída a transição democrática e no período que sucedeu a promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema passou por uma série de rearranjos e reformas em seu modelo na procura de maior eficácia e efetividade. Por ser um sistema financiado publicamente, pelos diferentes níveis de governo – União, Estados e Municípios, esteve sujeito às oscilações econômicas que afetaram o país, particularmente ao final dos anos 90, após a crise cambial de 1998.

Desde a criação da Lei Complementar 846/98, que dispôs sobre a qualificação de entidades filantrópicas como organizações sociais de saúde, de cultura e regulamentou a criação do contrato de gestão além de outras providências, os grandes hospitais públicos de São Paulo

---

<sup>1</sup> Graduando em Administração – FESPSP – São Paulo/SP – wrodrigues@me.com

passaram a ser geridos por essas organizações filantrópicas e fundacionais, inclusive até contratando profissionais para o serviço de atendimento aos pacientes do SUS.

O modelo de gestão apresentado em parceria com as Organizações Sociais de Saúde, contempla a execução dos serviços, define as metas de produtividade e de qualidade, garantindo assim os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e o apontamento dos resultados previamente definidos em contrato.

A Secretaria de Estado da Saúde negocia todas as ações e firma, anualmente, contratos de gestão com cada uma das denominadas OSS, que gerenciam os serviços, empenhando recursos orçamentários do tesouro estadual em troca de resultados de desempenho específicos. Cabe as Organizações Sociais de Saúde portanto, a responsabilidade direta pela administração dos hospitais, mas não podemos esquecer que o serviço de saúde pertence ao setor público, bem como os seus bens, mobiliários e equipamentos.

Os índices obtidos e os resultados alcançados são supervisionados e avaliados por uma comissão especializada, integrada por representantes da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa e do Conselho Estadual de Saúde, que verifica o cumprimento de todas as metas estipuladas no contrato de gestão pública. Além dessas exigências expostas, os hospitais sob a gestão das OSS devem publicar anualmente as suas contas no Diário Oficial do Estado para a revisão do Tribunal de Contas do Estado, que deve aprovar a sua execução e controle. A fiscalização e auditoria hospitalar do SUS e a avaliação pela Secretaria da Fazenda, completa a forma de avaliação e controle.

Os serviços de saúde no Estado de São Paulo, geridos por OSS, através de contratos de gestão, incluem os 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).

Segundo informações do governo, “o crescimento de forma vertiginosa dos custos de assistência à saúde em São Paulo tem levado a diversas propostas de mudança na distribuição e organização de equipamentos de saúde financiados com recursos públicos. As parcerias com OSS, aqui relatada, é uma das alternativas para obtenção de maior qualidade no atendimento aos pacientes e produtividade com menores custos”. Também neste modelo de gestão, a contratação de serviços de saúde, avaliação e controle é atribuição exclusiva do governo do Estado de São Paulo, que deve prestar contas de forma transparente e permanente, permitindo o indispensável controle social, em benefício do

atendimento das necessidades da população usuária do SUS, proporcionando maior qualidade.

Nos anos seguintes, o modelo se tornou uma forma de burlar a Constituição Federal, pois afinal a saúde é um setor essencial, sendo vetada a transferência de propriedade do Estado para o setor privado.

De acordo com os dados da Secretaria de Estado da Saúde em São Paulo, o modelo de gestão começou a ser implementado num grupo de aproximadamente 15 hospitais de diversas regiões carentes do Estado.

No primeiro semestre de 2011, já eram gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) aproximadamente 37 hospitais, 38 ambulatórios, um centro de referência, duas farmácias e três laboratórios de análises clínicas. A expansão do modelo de gestão foi sustentada por ações do governo estadual no sentido de “flexibilizar” a regulamentação, ações sempre apoiadas pela maioria na Assembleia Legislativa de São Paulo (Alesp). Em primeira instância, por exemplo, o marco regulatório legal permitia que apenas os novos equipamentos de saúde, ou seja, aqueles adquiridos após a Lei Complementar 846/98, fossem submetidos a este tipo de gestão.

No ano de 2008, o então governador do Estado, conseguiu emplacar um Projeto de Lei Complementar, que ampliou a possibilidade para que os hospitais já existentes e também, para as fundações “de apoio” aos grandes hospitais de ensino com 10 anos ou mais, além de entidades destinadas às pessoas com deficiência física e restrição de mobilidade, pudessem ser administrados por Organizações Sociais de Saúde.

O Projeto de Lei Complementar, Intitulado PLC-62 previa ainda que as Organizações Sociais de Saúde (OSS), pudessem destinar até 25% da capacidade operacional de seus leitos totais de uma unidade do SUS a particulares e usuários de planos de saúde privado. Os favoráveis a esta medida, afirmam que ela permitiria a cobrança de serviços prestados pelo SUS aos usuários de convênios, mas não com o devido ressarcimento.

Este dispositivo de arrecadação de verba, entretanto gerou forte reação da população e foi vetado pelo então Governador do Estado de São Paulo, José Serra, no momento de sanção da lei. No veto, o governador justificou que a medida seria desnecessária, pois o ressarcimento já era regulamentado por outras leis vigentes no Estado. Alegou Serra:

*“Ocorre que a matéria, disciplinada na Emenda Aglutinativa Substitutiva de forma restrita às organizações sociais, encontra-se regrada, de modo mais abrangente e satisfatório, na lei federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, cujo artigo 32 expressamente trata do assunto em termos que alcançam todo o SUS”.*

O tema também foi objeto da Lei nº 9.058/94, que dispõe sobre a obrigatoriedade do recebimento pelos órgãos e instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado e dos Municípios de São Paulo, a título de reembolso, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo. No final de 2010, porém, em seus últimos dias de exercício, Alberto Goldman, vice-governador<sup>2</sup>, apresentou a Lei Complementar 1.131, que retoma o dispositivo vetado por seu antecessor tucano.

A Lei Complementar foi aprovada pela Assembleia Legislativa de São Paulo (Alesp) de forma bastante apressada, não houve tempo para seu estudo e apreciação, a lei foi publicada no *Diário Oficial do Estado* em 28 de dezembro de 2010. Considerada por muitos como a última cartada para a privatização da saúde pública em São Paulo, a aprovação célere foi alvo de contestações e mais de 30 entidades buscam derrubar a lei na justiça com apoio do Ministério Público do Estado (MPE).

No dia 6 de julho de 2011, foi aprovado o Decreto nº 57.108, pelo atual Governador do Estado de São Paulo, Geraldo Alckmin, regulamentando os dispositivos da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, introduzidos pela Lei Complementar nº 1.131, de 27 de dezembro de 2010.

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde, “a finalidade da lei é permitir que os hospitais gerenciados pelas organizações sociais possam ser ressarcidos ao cuidar de pacientes que têm plano de saúde. Sem essa lei, permanecerá o injusto e indevido benefício às operadoras de plano de saúde, que recebem a mensalidade dos seus clientes, mas não têm nenhum desembolso quando eles são atendidos em hospitais públicos”. A Secretaria também ressalta que “a lei proíbe a reserva de leitos ou a preferência a pacientes de planos de saúde, e garante idêntica qualidade na prestação de serviços e disponibilização de equipamentos, acomodações e insumos a todos os pacientes.”

Segundo o Governador do Estado de São Paulo “o fim que se destina essas mudanças é fornecer um atendimento igualitário ao paciente do SUS, pois ao receber os recursos dos convênios, aumenta-se o orçamento possibilitando maiores investimentos nos hospitais públicos.” Porém, todos que estão fora do sistema governamental perguntam-se para onde esses recursos estão sendo destinados, quais são as formas de controle, quais são os meios de fiscalização e auditorias com relação à qualidade dos serviços oferecidos, pois já se passaram 15 anos e os resultados não são positivos. Na questão de atendimento e infraestrutura, pelo contrário, verifica-se uma necessidade cada vez maior de investimentos.

Em 30 de agosto de 2011, o Ministério Público do Estado (MPE), decidiu em caráter liminar (provisório) que o Estado de São Paulo não poderia disponibilizar 25% dos leitos de

---

<sup>2</sup> José Serra deixou o cargo para disputar a eleição presidencial.

hospitais públicos estaduais gerenciados por organizações sociais para pacientes particulares e de planos de saúde.

A concessão da liminar se deu numa contestação ao decreto estadual de julho de 2011 que instituiu a possibilidade de os leitos e a estrutura pública, serem usados pelos pacientes particulares e de convênios.

Em 2012 verificou-se a permanente utilização dos recursos públicos no atendimento aos convênios, o que leva o Governo do Estado São Paulo a dar continuidade a essa modalidade de atendimento que segundo a liminar, o acontecimento fere a constituição e os princípios da equidade e integralidade praticados pelo SUS.

Em seu Art. 199, parágrafo 1º, a Constituição define que:

*“As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.*

Assim, foram colocadas as primeiras medidas de contratação de convênios e particulares dentro do SUS. Segundo DI PIETRO (2006), os convênios podem ser definidos como uma forma de contratação entre poder público, entidades públicas e privadas, para a realização de objetivos e metas de interesse comum, mediante mútua colaboração, todos os partícipes querem a mesma coisa. Para MEIRELLES (1991), os convênios são um acordo onde dois têm interesses comuns e coincidentes. Por essa razão, no convênio, a posição jurídica dos signatários é uma só, idêntica para todos, podendo haver apenas diversificação na cooperação de cada um, segundo suas possibilidades para a consecução do objetivo comum, desejado por todos.

Ao iniciar a explanação dos assuntos da pesquisa, foi necessário dividir em tópicos para um melhor entendimento e raciocínio lógico dos mesmos.

### **Dos contratos de gestão**

No caso dos grandes hospitais públicos de São Paulo, existe o chamado contrato de gestão, que é um modelo de administração pública que pretende ser mais eficiente, e sua legalidade está embasado no artigo 37, §8º da Constituição Federal, incluído pela emenda constitucional 19/98. Conforme o dispositivo constitucional, o contrato de gestão amplia a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos entes administrativos, visando melhores resultados da Administração Pública. Esses contratos são instrumentos modernos de administração por objetivos, consistem no estabelecimento de compromissos periódicos com objetivos e metas de cada uma das empresas estatais com o Estado. Busca-se com

isso, migrar o enfoque da atividade governamental dos métodos (meios) para os resultados (fins). O Art. 197da Constituição federal diz:

*“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.*

Neste contexto, inserem-se as Organizações Sociais de Saúde- OSS, que são um modelo de parceria adotado pelo governo do Estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde, finalizado entre 1998 e 2001, previsto no Programa Metropolitano de Saúde (PMS), formalizado pela lei complementar nº 846 de 04 de junho de 1998. A experiência iniciou-se com um grupo de 15 hospitais localizados em regiões carentes de serviços, buscando melhorar o acesso da população à atenção hospitalar, principalmente na região metropolitana de São Paulo.

Dentre os aspectos mais importantes da Lei Complementar nº 846, pode-se destacar:

- a criação de um Contrato de Gestão, caracterizado como um acordo firmado entre o poder público e a entidade qualificada como OSS, que permite a definição das metas e do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido pelo serviço;
- a existência de uma comissão de avaliação dos Contratos de Gestão, com representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa e por profissionais especializados indicados pela Secretaria de Estado da Saúde, responsável por analisar os resultados obtidos com a execução do contrato;
- a determinação que os hospitais gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde atendam exclusivamente aos pacientes do SUS;
- a publicação do balanço e demais prestações de contas das OSS no Diário Oficial do Estado e respectivo controle destes pelo Tribunal de Contas do Estado;
- a exigência de que a entidade tenha experiência de pelo menos cinco anos na administração de serviços próprios de saúde.

O modelo de gestão apresentado em parceria com as Organizações Sociais de Saúde – OSS, contempla a execução dos serviços, define as metas de produtividade e de qualidade garantindo assim, os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e o apontamento dos resultados previamente definidos em contrato. Segundo DI PIETRO (2006), o contrato de gestão foi idealizado no direito francês como meio de controle administrativo ou tutela

sobre as suas empresas estatais. Mas, antes disso, o contrato de gestão já era utilizado como meio de vincular a programas governamentais, determinadas empresas privadas que recebiam algum tipo de auxílio por parte do Estado. Porém recentemente, os contratos de gestão passaram a ser celebrados com os próprios da Administração Direta, portanto, com entes sem personalidade jurídica própria; são os chamados centros de responsabilidade que se comprometem por meio do contrato de gestão, a atingir determinados objetivos institucionais fixados em consonância com programa de qualidade proposto pelo órgão interessado e aprovado pela autoridade competente, em troca, também, de maior autonomia de gestão.

O contrato de gestão está previsto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, como instrumento para estabelecer um vínculo jurídico entre organizações sociais e a Administração Pública, quando o objetivo do contrato for à transferência da gestão de uma instituição pública para as Organizações Sociais, sendo que:

*“O contrato de gestão, quando celebrado com entidades da Administração Indireta, tem por objetivo ampliar a sua autonomia; porém quando celebrado com organizações sociais, restringe-se a exigências contidas no contrato de gestão”.*

### **Da Execução e Fiscalização do Contrato de Gestão**

Segundo o Artigo 9º da Lei Complementar 846/98, citado anteriormente: “a execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo Secretário de Estado da Saúde [...]”. Deve prever ao término dos exercícios anuais nos contratos de gestão a possibilidade de verificar os objetivos e metas propostos e seus devidos índices de alcance e receitas recebidas, através de relatórios anuais. Também deixa claro que qualquer irregularidade na prestação dos serviços podem ser denunciados no Ministério Público, Tribunal de Contas e Assembleia Legislativa. Por fim as prestações de contas devem ser publicadas no Diário Oficial do Estado e apreciadas pelo Tribunal de Contas.

### **Das questões de Privatização**

O termo privatização refere-se ao processo de venda de uma empresa ou instituição do setor público - que integra o patrimônio do Estado - para o setor privado, geralmente por meio de leilões públicos. No Brasil, o processo de privatização consistiu principalmente em tornar o Estado um sócio minoritário, pois grande parte das empresas já eram de capital aberto e negociadas em bolsa de valores e o Estado Brasileiro, através do BNDES, continuou como sócio minoritário. O atendimento aos convênios e particulares nos grandes hospitais públicos de São Paulo, entra na ilegalidade constitucional através da tentativa do atual Governador do Estado em aprovar o Decreto nº 57.108 de 6 de julho de 2011.

Esse decreto em seu Artigo 3º diz:

*“A Secretaria da Saúde não celebrará contrato ou qualquer ajuste de natureza obrigacional com os pacientes particulares e os planos de saúde privados de que trata o artigo 2º deste decreto, cumprindo exclusivamente às respectivas Organizações Sociais de Saúde a adoção das providências necessárias à percepção do pagamento devido pelo tratamento”.*

Também informa no Artigo 4º que:

*“Os recursos financeiros obtidos pelas organizações sociais de saúde em decorrência do disposto no artigo 3º deste decreto deverão ser precipuamente aplicados na melhoria do atendimento e na oferta de serviços do Sistema SUS, observadas as diretrizes fixadas pela Secretaria da Saúde”.*

Nesta contextualização o Estado passa a regulamentação, fiscalização e controle nas mãos das OSS e ai sim, temos o fator de privatização, que é preferível nomear de “*privatização enrustida*” que acontece de dentro para fora da Instituição Pública, outro fator é a utilização de espaço público para o atendimento a convênios e particulares, a chamada dupla porta, ou dupla fila, gera problemas de ordem social e corrompe os princípios do SUS.

Também é importante ressaltar, que o que vem acontecendo dentro dos grandes hospitais públicos de São Paulo, são atendimentos a convênios e particulares com contratualização, via fundações, o que é totalmente legal, como foi explanado no item 4.1 e segue o controle do Tribunal de Contas do Estado e das Procuradorias, que fiscalizam as receitas geradas para provimento dos serviços de saúde pública. O Hospital das Clínicas - HCFMUSP e a Fundação Faculdade de Medicina – FFM, apontam que o modelo de gestão atualmente vigente no hospital – em que as receitas provenientes do SUS e dos convênios e particulares são administrados pela FFM – está constituído de forma a garantir o acesso dos usuários aos dois sistemas, sem prejuízo de nenhum dos segmentos. Para assegurar esse acesso, em 1993 o Conselho Deliberativo do HCFMUSP determinou a alocação de um teto máximo de 25% do total dos atendimentos aos usuários dos convênios e particulares. Ao adotar esse modelo, os dirigentes do HCFMUSP entendem estar instituindo uma alternativa não apenas de captação de recursos para o hospital, mas uma fonte complementar de financiamento do serviço público de saúde.

### **Das questões Orçamentárias**

Conforme contextualizado acima, fica a cargo das OSS (Fundações), a contratualização e a utilização dos recursos financeiros gerados, possibilitando maiores investimentos e diminuindo o déficit orçamentário de R\$ 147 milhões. Segundo os dirigentes do HCFMUSP



e Fundação Faculdade de Medicina – FFM, ao atender somente os usuários do SUS – usualmente mais numerosos do que a quota destinada ao hospital, o HC compromete o seu orçamento na medida em que não recebe pelos serviços prestados aos pacientes atendidos além da quota e que possuem convênio. Também ao adotar uma tabela de remuneração de serviços altamente defasada e estipular um limite para o ressarcimento dos serviços faturados, o SUS acaba por impor uma dinâmica restritiva ao hospital.

Outra fonte de financiamento do hospital – o orçamento do Estado – é também avaliada como insuficiente, pois tampouco cobre as despesas que ultrapassam os tetos previamente estipulados na dotação orçamentária. De acordo com a Fundação Faculdade de Medicina – FFM, essas barreiras restringem a universalidade do acesso ao atendimento público e gratuito prestado por um hospital que, segundo seus quadros, trabalha no limite de sua capacidade. Nesse sentido, ao implantar o modelo de gestão que articula o SUS e os convênios e Particulares na atenção à saúde a FFM, acredita estar contribuindo para a capitalização do hospital, pois esse modelo busca garantir fontes alternativas de financiamento e a universalidade no acesso.

Assim, o modelo de gestão possibilita gerar um superávit dos recursos captados junto aos convênios e particulares, fundamental para o investimento na produção e na atenção; segundo a Fundação, na prática, esse superávit possibilita também o atendimento a um maior número de usuários do SUS. A justificativa para a implantação do modelo baseia-se, portanto, no fato de que uma maior renda do hospital teria repercussões diretas na melhoria de suas instalações, de seus equipamentos e serviços, na valorização dos recursos humanos e na sua qualificação técnico- científica. Estes fatores, em última análise, beneficiariam também os próprios usuários do SUS. Essas informações do ponto de vista financeiro deixa evidente que ao possibilitar a inserção da modalidade de atendimento aos convênios e particulares os hospitais públicos aumentam suas receitas. A receita gerada gira em torno de R\$ 468 milhões anuais. A Secretaria da Saúde entende que a nova lei corrige uma distorção existente, criando uma segunda fonte de financiamento para hospitais do governo, está lei promove justiça social, ao garantir que os recursos do SUS serão aplicados na assistência dos pacientes que dependem exclusivamente da rede pública.

### **Das Questões Sociais**

Com a regulamentação do SUS, sistema criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institucionalizou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a exclusão formal desapareceu, mas não a iniquidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil.

Segundo WHITEHEAD (1992). “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem assim uma dimensão ética e social”.

Segundo (CARVALHO; SANTOS, 2001), esta iniquidade subsiste, seja em decorrência de fatores como a desinformação que está associada aos diferenciais de escolaridade, seja por deformação em determinadas políticas públicas. Nessas, estão presentes os privilégios e a discriminação. Dados da Superintendência do HC revelam que, se hoje com a “dupla porta”, um paciente do SUS é obrigado a esperar cerca de 120 dias para realizar um exame, na fila única ele esperaria cerca de 114 dias. É neste sentido que a extensão das filas não pode ser considerada, por si só, um indicador exclusivo de segregação na atenção. Ao levantar as questões sociais ficam evidentes que ter duas formas de acesso, ou seja, duas formas de contratualização dentro dos hospitais públicos interferem nas questões sociais, pois verifica-se a diferença de hotelaria, é nesse item que recai grande parte das críticas à “dupla porta” do HCFMUSP. Os pacientes conveniados ou particulares enfrentam filas menores, quando as enfrentam, e, se internados, têm direito a leito especial com televisão, frigobar, acompanhantes, enquanto os pacientes do SUS não usufruem dessas comodidades.

Em nota publicada no jornal O Estado de São Paulo, o Instituto do Coração do HCFMUSP, que tem a gestão hospitalar, atendimentos a convênios e particulares, pela Fundação Zerbini manifestou-se afirmando que "não há diferenciação no atendimento e tratamento de pacientes - sejam eles do SUS, de convênios ou de recursos particulares - que motive tempos de espera diferentes nas agendas de exames e de consultas". Constatou-se também que a maior queixa dos usuários do SUS não se relaciona à falta de conforto ou à hotelaria, mas sim – quando ela é verbalizada – à qualidade do atendimento prestado. Ou seja, o paciente do SUS parece saber exatamente o que espera de um hospital como o HC: a garantia e a excelência da atenção. A pesquisa revelou que as condutas propriamente de atendimentos médicos e de procedimentos clínico-laboratoriais junto aos pacientes obedecem aos fluxos necessários ao diagnóstico e ao tratamento preconizados de acordo com as patologias e normas médicas estabelecidas, sendo ministradas indistintamente para pacientes do SUS e dos convênios e particulares.

As preterições, demoras e “desleixos” relatados referem-se, no mais das vezes, a desvios pessoais das práticas cotidianas, rotineiras num hospital do porte do HC.

## **Conclusão**

O assunto explanado é de alta complexidade, no âmbito das questões administrativas do Estado de São Paulo, por este motivo procurou-se explicitar de maneira mais sucinta possível para os mais variados públicos, que o modelo de atendimento a convênios e

particulares nos grandes hospitais públicos, está inserido no projeto de ajuste estrutural das políticas econômicas e sociais do país. Isto significa que trata-se de um modelo que constitui e expressa ao mesmo tempo, a profunda reestruturação que se opera na matriz básica do *público*. Ela se dá, por um lado, através da articulação entre privatização do Estado e flexibilização dos mecanismos de regulação social, ou seja, transfere-se ao mercado propriamente dito a produção dos serviços sociais – que era função do Estado –, e aos indivíduos o papel de provedores das suas próprias necessidades sociais, com relação à saúde e outros serviços.

Por outro lado, a reestruturação do *público* se dá por meio da implementação de uma racionalidade modernizadora dos serviços estatais, que nada mais é do que a flexibilização das formas de administração e gestão tendo em vista adequar esses serviços à dinâmica da produtividade e do lucro. É com base nesses pressupostos que se pode afirmar a total inserção do HCFMUSP no quadro atual das políticas públicas no Brasil, configurado nos moldes da “nova gerência pública”. Neste contexto, este estudo teve como principais objetivos qualificar a questão de privatização inserida na utilização dos espaços públicos para atendimento a convênios e particulares, suas questões com relação ao orçamento e verificar a existência ou não de uma diferenciação seletiva entre pacientes do SUS e dos convênios, e avaliar como essa seletividade se dá na atenção direta aos usuários.

Na modalidade de gestão apresentada, considerava-se que a questão da inclusão/exclusão social se expressava no âmbito da seletividade do acesso, mais do que no âmbito da garantia da universalidade do acesso. Esta permanece assegurada em decorrência da sua própria característica de ser um hospital estatal, ou seja, neste caso a garantia da universalidade pode ser compreendida como o compromisso de se manter aberto aos usuários. Em função disso, constatou-se que seria a qualificação da seletividade do acesso o fator que possibilitaria identificar os aspectos de exclusão/inclusão intrínsecos ao modelo de atenção estudado. Essa nova tendência do Governo em utilizar os espaços públicos para atender convênios e particulares, de forma a financiar o SUS com mais recursos financeiros, demonstra que não se pode considerar diretamente privatização.

Em relação às questões orçamentárias, os dados apontados evidenciaram o aumento das receitas para o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS, porém em contra partida entram as questões sociais de diferenciação de atendimento, por questões que vão desde hotelaria a atendimento dos funcionários. Por tanto o atendimento aos convênios nos grandes hospitais públicos de São Paulo, não é uma questão de privatização e sim uma questão orçamentária, desde o contrato de gestão de serviços provenientes do SUS, aos recursos empregados na contratação de profissionais mais qualificados e ao implantar novas e melhores tecnologias para o atendimento a população.

Por fim pretendeu-se através deste trabalho discutir uma temática atual, relevante em administração pública no que se refere ao desenvolvimento de políticas de administração em serviços de saúde, porém é desejável que esta temática seja ainda mais explorada por falta de fontes bibliográficas com relação ao assunto. Também outros casos precisam ser elucidados como o dos médicos que recebem salário do SUS, convênios e particular prestando serviço no mesmo horário e local, como isso é possível? E por qual motivo os demais membros do corpo clínico, como enfermeiros, técnicos de enfermagem auxiliares e demais profissionais não são beneficiados da mesma forma, dentro da estrutura de saúde pública? Assim os objetivos que competem este trabalho foram alcançados, deixando margem a novas pesquisas referentes à temática.

### Referências Bibliográficas

- BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. **O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde – SUS**. São Paulo, jun. 2003. Mimeografado.
- CARVALHO, G. I. SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 3. ed. Campinas: Unicamp, 2001.
- DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 19ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- IBANEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. **Modelos de gestão e o SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1831-1840, nov. 2007
- MEIRELLES, Hely Lopes, **Direito Administrativo Brasileiro**. 16 ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1991.
- MONTEIRO, Carlos Augusto; BARATA, Rita de Cássia Barradas; GOLDBAUM, Moisés. **Produção e comunicação científica em saúde pública**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.spe, pp. 1-2. ISSN 0034-8910.
- OKÉ-REIS, C. at all, **O mercado de planos de saúde: uma criação do Estado**. Revista de Economia Contemporânea da UFRJ, vol. 10, nº1, jan.abr./2006.
- OLIVEIRA, Silvio Luiz de 1943. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. Silvio Luiz de Oliveira. Revisão Maria Aparecida Besana. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- PAIM, Jairnilson Silva ; TEIXEIRA, Carmen Fontes . **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health, São Paulo, v. 40, n. N Esp, p. 73-80, 2006.
- PELLEGRINI FILHO, A. **Pesquisa em Saúde, Política de Saúde e Equidade na América Latina**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, p. 339-350, 2004.
- PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca, AMORIM, Maria Cristina Sanches, **Para entender a saúde no Brasil**, 4 – São Paulo, LCTE Editora, 2011.
- WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity in health**. *International Journal of Health Services*, 22 (3): 429-445, 1992.
- Decreto nº 57.108, de 6 de julho de 2011. Regulamenta dispositivos da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, introduzidos pela Lei Complementar nº 1.131, de 27 de dezembro de 2010.
- Disponível em: <[http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/DIDATI6-HC.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI6-HC.pdf)> Acessado em: 07 abr. 2013.

Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028426/decreto-57108-11-sao-paulo-sp>> Acesso em: 09 abr. 2013.

Lei Complementar nº 1.131, de 27 de dezembro de 2010. Altera a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais.

Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1026360/lei-complementar-1131-10-sao-paulo-sp>> Acesso em: 09 abr. 2013.

Lei Complementar Nº 1095, de 18 de setembro de 2009. Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica, e dá outras providências.

Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/geral/homepage/>> Acesso em: 06 mar. 2013.

Lei Complementar Nº 846, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências.

Disponível em:

<<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20090919&Codigo=DOE-I&NumeroPagina=1>> Acessado em: 03 fev. 2013.

Plano de Saúde. Cdc. Lei Federal 9656 / 98. Aplicabilidade Imediata. Contrato de Trato Sucessivo. Adaptação. Rescisão Contratual. Cláusula. Redação Clara. Possibilidade. Dano Moral. Ausência de Prova. Voto Vencido.

Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/5920328/100240570814320011-mg-1002405708143-2-001-1-tjmg>> Acessado em: 03 fev. 2013.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300006&script=sci_arttext)> Acessado em 02 jan. 2013.

Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/169706/lei-complementar-846-98-sao-paulo-sp>> Acessado em 02 jan. 2013.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm)> Acessado em: 02 jan. 2013.

Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde no SUS Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>> Acessado em 20 dez. 2012.

Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/ anotada/2669773/art-37-par-8-da-constituicao-federal-de-88>> Acessado em 20 dez. 2012.

Disponível em:

<[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_21.12.2011/art\\_197\\_.shtm](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_21.12.2011/art_197_.shtm)> Acessado em: 20 dez. 2012.

Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/organizacoes-sociais-de-saude-oss>> Acessado em: 01 nov. 2012.

Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>> Acessado em: 01 nov. 2012.

Disponível em:

<<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2011/decreto%20n.57.108,%20de%2006.07.2011.htm>> Acessado em 02 ago. 2012.

Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,justica-de-sp-mantem-liminar-que-proibe-entrega-de-leitos-de-hospitais-publicos-a-planos,779084,0.htm>> Acessado em 02 ago. 2012.

Disponível em: <[http://www.sinsaudepr.org.br/noticias\\_print.asp?id=1831&id\\_cat=1](http://www.sinsaudepr.org.br/noticias_print.asp?id=1831&id_cat=1)> Acessado em 20 set. 2012.

Disponível em: <<http://idisa.jusbrasil.com.br/noticias/2902407/dupla-porta-tambem-se-abre-a-particulares-pagantes>> Acessado em 20 set. 2012.

Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,instituto-nega-diferenciacao-no-atendimento,665469,0.htm>> Acessado em: 10 mar. 2013.