

Responsabilização por competição administrada no Sistema Único de Saúde

Accountability by managed competition in the National Health System

Maria Arlete Duarte Araújo¹

¹Doutora em Administração pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); Professora Titular do Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
dfb@diggi.com.br

RESUMO O artigo analisa se o discurso de responsabilização por competição administrada se materializou no sistema sanitário brasileiro a partir de 1990. Para tanto, discute a responsabilização por competição administrada; as reformas no sistema sanitário; a responsabilização com base nas categorias de análise - contratualização, pluralidade de provedores, estrutura de regulação da burocracia e participação dos usuários na avaliação dos serviços. Finalmente conclui que a responsabilização ainda é um processo em construção no Sistema Único de Saúde (SUS). Há uma preferência para os aspectos que permitem uma abertura ao mercado em detrimento dos aspectos que se referem ao cidadão e à estrutura de regulação.

PALAVRAS-CHAVE: Competição em planos de saúde; Participação comunitária; Controle.

ABSTRACT The article analyzes if the accountability by managed competition has materialized itself in the Brazilian sanitary system since 1990. For that, it approaches the accountability by managed competition; the reforms in the sanitary system; the accountability by managed competition based on the analysis categories – contractualization, plurality of providers, bureaucracy regulation structure, and user participation in the service rendering evaluation. Finally, it concludes that the accountability is still an ongoing process at the National Health System. There is a preference for the aspects that allow an opening to the market in detriment to the aspects that refer to the citizen and to the regulation structure.

KEYWORDS: Managed competition; Consumer participation; Control.

Introdução

Dentre as diversas propostas de reforma da gestão pública para torná-la mais eficiente em um contexto de crescente complexidade, tem predominado a ideia de que a administração pública precisa incorporar em seu processo de gestão mecanismos semelhantes aos da iniciativa privada, de modo que os objetivos de controle do gasto público, produtividade e flexibilidade de gestão sejam alcançados e sejam criados mercados de bens públicos com uma crescente competitividade entre setor público e privado.

Essas ideias estão em conformidade com a Nova Gestão Pública, que prioriza, entre outros os aspectos de eficiência, qualidade e custo dos serviços, liberdade de atuação para os gestores e o uso de indicadores para avaliar desempenho. A prestação de contas aos cidadãos com base nos indicadores de eficiência, economia, produtividade e resultados obtidos em uma situação de quase mercados constitui assim o traço característico do que se convencionou chamar de responsabilização por competição administrada.

Apesar de o discurso da responsabilização ter ganho destaque nas iniciativas de reforma do Estado, ainda são poucos os estudos que procuram analisar a responsabilização por competição administrada nos diversos âmbitos setoriais do aparelho de Estado, em especial no setor de Saúde.

Nesse sentido, este artigo tem por objetivo analisar, a partir do exame dos instrumentos normativos, se o discurso de responsabilização por competição administrada se materializou no sistema sanitário brasileiro após as reformas empreendidas a partir de 1990 quando o Brasil implementou um conjunto de reformas em seu sistema de saúde. O foco é analisar se os instrumentos normativos asseguram formas de prestação de contas ao cidadão que não se limitem aos aspectos processuais e legais.

Desde já assumimos que a norma por si só não é garantidora da responsabilização, uma vez que outros fatores, como cidadãos ativos, informação disponível, aparato estatal que estimule a participação, instrumentos diversos de promoção da cidadania, são fundamentais para potencializar a influência dos cidadãos na gestão pública. No entanto, aceitamos como pressuposto

que a norma na administração pública é condição básica para a institucionalização de um conjunto de práticas e procedimentos, e que é a sua existência que permite que os cidadãos possam valer o seu direito de cobrança dos gestores públicos de uma gestão pública responsável ao tempo em que influenciam a ação pública.

É claro também que a melhoria da capacidade institucional de gestão não ocorre pela simples existência dos instrumentos normativos dado que a gestão envolve um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências vinculados às distintas áreas funcionais da administração que extrapolam o campo normativo. Porém, as normas têm um papel importante na indução de práticas e comportamentos gerenciais, em especial pelo caráter coercitivo que apresentam em maior ou menor grau. Assim, seu exame em ordem cronológica não só evidenciará a configuração que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) foi assumindo, mas os mecanismos de controle adotados, a lógica de funcionamento do sistema e as dificuldades de implementação.

Em decorrência dessa opção metodológica, os conteúdos dos instrumentos normativos são analisados a partir de um conjunto de categorias vinculadas à forma de responsabilização por competição administrada, definidas a partir da literatura que aborda a Nova Gestão Pública como paradigma dominante na discussão sobre a reforma do Estado: mecanismos de contratualização existentes, pluralidade de prestadores de serviços, participação dos usuários na avaliação dos equipamentos sociais e estrutura de regulação da burocracia.

O pressuposto que orienta a análise é de que esses elementos de forma isolada não garantem a institucionalização da responsabilização pela competição administrada, pois não se trata apenas de garantir desempenho mais eficiente, mas assegurar que a constituição de uma lógica de funcionamento centrada em mecanismos de quase mercados leve em consideração as necessidades dos cidadãos e que os gestores públicos possam ser responsabilizados pelas decisões tomadas.

Este artigo se estrutura da seguinte forma: inicialmente, aborda do ponto de vista conceitual, o que se convencionou chamar de responsabilização por competição administrada; em segundo lugar, as reformas no sistema sanitário brasileiro, a partir do conjunto de dispositivos normativos aprovados, procurando explorar

os seus traços determinantes; em terceiro lugar, discute com base nas categorias de análise acima explicitadas se o discurso de responsabilização por competição administrada materializou-se por meio da adoção de um conjunto de mecanismos no modelo sanitário brasileiro; e, finalmente, tece algumas considerações sobre a existência ou não da responsabilização por competição administrada.

Responsabilização por competição administrada

A responsabilização por competição administrada envolve a introdução de uma lógica de quase-mercado nas relações entre entes de natureza jurídica distinta, poder da burocracia para aferir o desempenho e dispor de mecanismos de recompensa/punição ao padrão de desempenho alcançado e formas de avaliação dos serviços prestados pelos cidadãos, de modo que o processo resulte em um Estado mais *accountable* aos cidadãos. Isso significa que a autonomia da administração pública concedida para que ela opere com mais agilidade necessita ser regulada e orientada para os interesses do cidadão, de tal forma que se evite um conjunto de disfunções burocráticas, como captura de interesses, insulamento burocrático, predação fisiológica.

São muitos os mecanismos que têm sido utilizados nas reformas para estabelecer competição administrada. Sem a pretensão de fazer uma análise exaustiva sobre as vantagens e desvantagens a eles associadas, mas com o objetivo de destacar porque se caracterizam como mecanismos de quase-mercado e porque são vistos como mecanismos capazes de dotar de eficiência a gestão pública e de responder à cobrança dos cidadãos por um desempenho que atenda às suas necessidades, far-se-á uma breve descrição dos mecanismos mais usuais.

Os mecanismos tipo vale, bônus e cheque podem ser analisados como instrumentos que permitem a escolha do usuário de bens ou serviços produzidos por empresas públicas ou privadas. Cria-se assim um mercado semicompetitivo que deve estimular a melhoria de performance dos agentes públicos e privados, originado a partir da demanda, com objetivos de definir padrões de comparação da eficiência entre empresas ou organismos

públicos e estabelecer a possibilidade de punição real aos produtores públicos ineficientes.

Os contratos-programa estabelecidos entre o Estado e as empresas públicas, por sua vez, também objetivam melhorar a eficiência das empresas a partir de relações contratuais em que são definidas responsabilidades das partes, objetivos a serem alcançados relativos à produtividade, produção e custos, de modo que se possa aferir a eficácia da gestão e incentivos em função dos resultados. Trata-se, portanto, de uma ferramenta gerencial para melhorar os resultados da gestão com a participação dos atores envolvidos. Assim, é o resultado de um processo de pactos e negociações sobre distintos aspectos da gestão (CASASNOVAS *et al.*, 2003).

A criação de mercados internos de concorrência pública consiste na regulação de um sistema de concorrência controlada entre empresas públicas em que há uma clara separação entre produção e a compra dos serviços. Implica instituir um processo de concorrência entre unidades com base em objetivos e metas que possam ser comparadas para aferição de incentivos ou punições, se for o caso. Os usuários atuam como juizes do sistema, uma vez que as empresas devem responder às suas exigências.

Fica claro, pois, que essa opção de contratação interna introduz pelos diversos mecanismos a lógica do mercado nas relações entre comprador e provedor. O objetivo é fazer com que as empresas públicas realizem suas atividades a partir da internalização de práticas da gestão privada e assumam que se encontram em um marco competitivo de provedores, que no limite podem perder suas posições. Assim, temas como estratégias de compra e venda, *marketing*, produtividade, eficiência, inovação e preço passam a dominar a tomada de decisões das empresas públicas. Inclusive, a opção da contratação interna não trata de cidadão, mas de usuário, revelando assim a forte conotação empresarial que caracteriza esse mecanismo. Há uma clientelização do termo cidadão. Cidadão é um conceito muito mais abrangente do que usuário, pois têm direitos e deveres com a coisa pública, enquanto usuário é apenas aquele que utiliza determinados bens e/ou serviços públicos (RAMIÓ, 2000).

O mecanismo básico que regula as relações entre comprador e provedor é o contrato, e, como este

substitui os mecanismos de controle tradicionais, o êxito da adoção da concorrência interna para melhoria da gestão pública depende de um contrato bem formulado que minimize os custos de transação envolvidos em qualquer relação contratual. Nessa relação, assume um papel importante o comprador dos serviços que passa a ser visto como consumidor que decide pensando em seu próprio interesse e dos seus usuários. O mercado introduz assim as opções de voz e saída aos usuários (HIRSCHMANN, 1970).

A contratação externa é uma forma de externalizar parte das atividades que são produzidas internamente com o objetivo de melhorar a eficiência e reduzir custos. É assim uma forma de separação entre comprador e provedor, definida com base em um conjunto de critérios que apoiam a decisão econômica quanto a se é melhor comprar ou produzir um determinado serviço. Para alguns autores, essa decisão é mais bem analisada na perspectiva de teoria dos custos de transação que trata dos custos envolvidos na transferência de bens, serviços ou obrigações entre agentes econômicos. Os custos de transação são definidos em função de dois aspectos: especificidade de ativos e incerteza. Um exame desses aspectos revelará se é melhor comprar ou produzir um determinado serviço, tendo como orientação básica o menor preço para a oferta dos serviços (REPULLO, 2008). Da mesma forma, não se deve deixar de considerar os custos *ex-ante* que envolvem a busca de informações e a negociação com os agentes econômicos. Em especial, quando as externalizações forem muito complexas. Igualmente, merecem atenção os custos *ex-post* que se relacionam com a estrutura de controle para monitorar a relação contratual.

Essas questões são de fato fundamentais para a compreensão das dificuldades da contratação externa. O instrumento que regula a contratação externa é o contrato, no qual se especificam o objeto e as demais condições da prestação do serviço em troca de uma compensação financeira. Apesar da importância do contrato como instrumento que regula as relações entre comprador e provedor, suas cláusulas podem vir a se constituir letra morta se a administração pública não exercer as funções de planejamento, controle e avaliação com rigor, de modo que a parte contratada se sinta na obrigação de executar os termos do contrato

nos padrões de qualidade acordados (RAMIÓ, 2000). Igualmente, a externalização não pode ser vista como panaceia para todos os problemas da gestão pública, pois levada a efeito sem os cuidados necessários pode dismantelar toda uma competência de gestão acumulada (MARTINS, 2000).

Esses novos mecanismos de gestão sob a ótica da responsabilização, em especial a concorrência entre órgãos da administração pública (criação de um mercado interno) e entre diferentes provedores de serviços públicos ou privados (contratação externa), associados à participação do usuário no controle e gestão dos serviços e a uma estrutura competente de regulação por parte da burocracia, podem permitir, se bem geridos, que a administração pública responda com mais eficiência, eficácia e efetividade às demandas da população do que fazia no modelo burocrático.

Nessa perspectiva, para que a competição administrada possa se constituir uma forma de responsabilização dos governantes perante os cidadãos, faz-se necessária a profissionalização da burocracia para assumir em maior extensão os papéis de planejamento, controle e avaliação, e a construção de um ambiente de quase-mercados entre os provedores, com foco na melhoria de desempenho e recuperação da confiança do público em relação à ação governamental, e a institucionalização de formas de participação em que o cidadão possa ter um papel no controle e gestão dos serviços públicos, diferenciando-se das posições que reservam um papel ao cidadão apenas de usuário, que é um papel mais próximo ao de consumidor.

A responsabilização por competição administrada deve resultar assim em uma gestão orientada por resultados que sejam valorados pelos cidadãos, que têm na contratualização dos serviços, resultante de um processo concorrencial desenvolvido tanto internamente como externamente pelo poder público, sua principal característica. Constituem seus princípios orientadores: lógica de competição que se expressa de três modos – competição interna do setor público, modelo pluralista de provisão de serviços públicos e possibilidade de escolha do equipamento social pelo usuário; hierarquia burocrática com capacidade de avaliar os resultados alcançados e estabelecer mecanismos de incentivo e de punição; direito do cidadão de interferir diretamente na

avaliação dos prestadores públicos submetidos à lógica da competição (ABRUCIO, 2006).

É claro que associados à contratualização devem ser adotados mecanismos que permitam a transparência dos contratos, condição *sine qua non* para garantir que o interesse público seja preservado. Igualmente, devem ser institucionalizados espaços públicos de atuação do cidadão em que a prestação de serviços de distintos provedores possa ser avaliada e controlada ao tempo em que os gestores públicos prestam contas aos cidadãos das opções políticas escolhidas.

Uma contratualização apenas para dar mais racionalidade funcional à operacionalização das políticas públicas é importante, mas insuficiente. A contratualização e todos os aspectos que a envolvem devem melhorar o desempenho público e a relação de confiança entre os cidadãos e a ação governamental. Como diz Cunill Grau (2006), os mecanismos de contratualização e competência, quando vistos apenas como mecanismos meramente instrumentais e administrativos, correm o risco de restaurar os fundamentos não políticos da sociedade. Qualquer que seja a expressão da competição administrada, o Estado deve continuar presente como financiador e responsável último.

Sistema Único de Saúde

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas - federais, estaduais e municipais - da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro). A direção única do SUS é exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. O SUS conta ainda em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro).

O SUS tem as seguintes características: universalidade de cobertura; processo de descentralização político-administrativo; integração de todos os serviços

públicos de saúde, que devem organizar-se sob o formato de rede regionalizada e hierarquizada; articulação das três esferas de governo (União, estado, município) para a prestação dos serviços de saúde; gestão apoiada nas relações intergestores; direção única do sistema em cada esfera de governo; participação da iniciativa privada como provedor do sistema de saúde; controle social como elemento estruturante do sistema de saúde; democratização e incorporação de novos atores sociais ao sistema de saúde.

A operacionalização do SUS tem sido feita depois de sua criação por meio de um conjunto de normas operacionais que consistem em diretrizes do governo federal para normatizar o funcionamento do sistema de saúde. Vejamos cada uma das normas para compreender, em função das modificações realizadas ao longo do tempo, a configuração que o sistema de saúde assume atualmente.

A Norma Operacional Básica 01/91 do SUS - NOB/SUS 01/91, Resolução nº 258, de 7 de janeiro, trata, entre outras coisas, do financiamento da atividade ambulatorial; define o convênio como o instrumento de transferência de recursos entre entes federados; define o critério populacional como o critério para a distribuição de recursos; a forma de pagamento dos serviços prestados; os requisitos básicos para as transferências automáticas de recursos para os municípios; define a estrutura do relatório de gestão a ser elaborado pelos municípios; as formas de controle e acompanhamento dos serviços prestados; e equipara os prestadores públicos e privados no que se refere à modalidade de financiamento.

Por sua vez, a NOB/SUS 01/93, Portaria nº 545, de 20 de maio, tem como focos o processo de gerenciamento da descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e as condições de gestão das diferentes esferas gerenciais. No primeiro caso, entende que a descentralização tem dimensões econômicas, políticas, sociais e culturais e que, assim sendo, exige um processo de aprendizado por parte dos atores envolvidos na construção do SUS. Nessa direção, trata especificamente de disciplinar a articulação que deve ocorrer entre os fóruns de negociação e deliberação em cada esfera de governo. Nesse sentido, no âmbito nacional, define-se a Comissão Intergestores Tripartite - CIT - (União, estados, municípios); no âmbito

estadual, define-se a Comissão Intergestores Bipartite – CIB – (estados e municípios); no âmbito municipal, o Conselho Municipal de Saúde como instância permanente e deliberativa, com o objetivo de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução de política municipal de saúde.

Já a aprovação da NOB/SUS 01/96, Portaria nº 2.203, de 5 de novembro, trouxe um conjunto de modificações importantes em sintonia com as propostas de reforma do Estado. Precisava com clareza o entendimento sobre campos da atenção à saúde, a saber: o da assistência; o das intervenções ambientais; e o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades.

Dentro dessa nova concepção, os municípios podem se habilitar em duas condições de gestão: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal, configurando essa classificação um novo esforço de simplificação das condições de gestão então vigentes. No primeiro caso, além da programação municipal dos serviços básicos, o município deve se responsabilizar pelas ações de vigilância sanitária e pelas ações básicas de epidemiologia, pela gestão de unidades, prestação de serviços, contratação e pagamento dos prestadores de serviço. A Norma também define papéis para os estados e para a União e, como instrumento de gestão que articula as três esferas, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que envolve não só as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia, mas de alocação de recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas. De forma complementar, define que a prática do acompanhamento, controle e avaliação seja feita valorizando os resultados advindos de programações baseadas em indicadores de saúde e não apenas com base no faturamento de serviços.

Após uma década de construção do SUS, com a intensificação do processo de descentralização posto em prática pela NOB/SUS 01/96, apesar dos avanços ocorridos em termos de habilitação dos municípios a uma das condições da referida Norma, vários problemas emergiram, exigindo novas estratégias de enfrentamento. Entre os problemas identificados na parte introdutória da Norma Operacional de Assistência à Saúde

- NOAS/SUS 01/01, Portaria nº 95, de 26 de janeiro, constam: conflitos de gestão entre estados e municípios; alguns municípios apresentam indicadores inaceitáveis; alocação de recursos fortemente vinculada à oferta de serviços; a implementação da PPI tem sido efetiva em poucos casos; a prática corrente de contratação de serviços privados e da construção de unidades públicas sem a prévia análise do perfil da oferta existente; em geral, não existe avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nas PPI e Planos de Saúde; o próprio controle e a auditoria da prestação de serviços por terceiros e dos consequentes faturamentos apresentam fragilidades e descontinuidades.

Neste contexto, a NOAS/SUS 01/01 tenta resolver parte dos problemas identificados e assume a regionalização como macroestratégia para o aperfeiçoamento do processo de descentralização. Para tanto, define três estratégias: elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência; fortalecimento das capacidades gestoras do SUS; e atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios. Essas diretrizes vão ser asseguradas pela NOAS/SUS 01/02, Portaria nº 373, de 27 de fevereiro, que define um conjunto de alternativas para implementação da NOAS/SUS 01/01. Tenta-se reforçar, agora de uma forma mais explícita, a capacidade de gestão do sistema, por entender que na fragilidade da gestão residem muitos dos problemas do SUS.

Na mesma linha de reforço à capacidade de gestão orientada para resultados, a Portaria nº 699/06, de 30 de março, traz como uma das principais inovações a adoção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União, em que serão definidas as responsabilidades sanitárias dos gestores, as metas do Pacto pela Vida e os indicadores de monitoramento.

Com a mesma preocupação de racionalidade, a Portaria nº 1.097/06, de 22 de maio, define o processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPIAS), em que são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Todas essas modificações vão basicamente em duas direções: uma de estruturação do sistema com um forte acento para consolidar a reorganização das ações de atenção à saúde e outra de foco interno com o objetivo de melhorar a capacidade institucional de gestão que vem sendo moldada por meio de inúmeras Leis, Decretos e Portarias para alterar a lógica tradicional da burocracia presa a procedimentos e instalar no sistema de saúde uma lógica orientada para resultados, capaz de responsabilizar os gestores públicos pelo desempenho alcançado.

Responsabilização por competição administrada no SUS

Com a compreensão de que condições iniciais precisam ser criadas para que o sistema de saúde possa assumir a responsabilização por competição administrada como uma das formas de prestação de contas dos gestores públicos perante os cidadãos, passaremos a examinar o conteúdo de vários dispositivos normativos a partir da criação do SUS em 1990.

Em relação à diversidade de provedores, a Lei nº 8.080/90, de criação do SUS, através de vários artigos, define as condições iniciais para a organização do sistema de saúde e abre a possibilidade de que a atuação pública se organize contando com a inclusão da iniciativa privada. A Portaria nº 2.203/96, que aprova a NOB/SUS 1/96, trata de deixar mais clara a diversidade de provedores ao definir que os estabelecimentos do SUS-Municipais não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura nem precisam ter sede no território do município.

A partir de 1998, há uma mudança substantiva do tipo de provedor. Com a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, o Poder Executivo poderá qualificar como Organização Social (OS) pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas, entre outras atividades, à saúde. Em 1999, por meio da Lei nº 9.790, de 23 de março, são criadas as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), instituições civis sem fins lucrativos, qualificadas pelo poder público para cumprir, entre outras finalidades, as de saúde. Em 2007, com o Decreto nº

6.017, de 17 de janeiro, cria-se a figura jurídica do consórcio público como pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, mas que pode firmar Termo de Parceria com as OSCIP para executar, entre outras, a prestação dos serviços de saúde. Amplia-se o leque de provedores com novas formas de gestão para a prestação dos serviços de saúde, acompanhando uma tendência de outros países que procuraram flexibilizar a gestão em suas reformas. Em tramitação, está o projeto de criação das fundações como mais uma forma de gestão para a prestação dos serviços de saúde.

Definidas as possibilidades de provedores distintos, encontram-se vários dispositivos que regulam a forma como se deve dar essa relação entre poder público e provedores. A Lei nº 8.080/90 diz que a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas do serviço público. Outras referências à compra de serviços aparecem, em 1991, com a Resolução nº 258 que, ao aprovar a NOB/SUS 01/91, remete apenas ao fato de que os serviços privados contratados ou conveniados serão pagos mediante sistema de cobertura ambulatorial.

Somente com a Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993 (revogada pela Portaria nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006), é que se explicitam as cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre os estados, o Distrito Federal e os municípios e as pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do SUS.

A figura do contrato de gestão é introduzida com a Lei nº 9.637/98, ao qualificar as OS como entidades que podem dirigir atividades de saúde, por meio de contrato de gestão, a ser firmado entre o poder público e a organização social, como instrumento de pactuação entre as partes. Já a Lei nº 9.790/99, que cria as OSCIP, prevê que as relações com o Poder Público serão definidas por um Termo de Parceria.

A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, estabelece a adoção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União, em que serão definidas as responsabilidades sanitárias dos gestores, as metas do Pacto pela Vida e os indicadores de monitoramento. Inova, portanto, na

criação de uma nova figura a regular as relações entre os entes públicos.

Como se constata, a legislação aponta à necessidade de um instrumento jurídico para regular as relações entre o poder público e provedores. A existência de relações à margem de qualquer processo diferente das possibilidades previstas em lei dificulta a consolidação do SUS na medida em que fragiliza a atuação do gestor.

No que se refere ao conteúdo dos contratos, as normas não dizem muito. De um modo geral, referem-se à compra de serviços, atividade contratada, relação com os contratantes, mas sem um grau maior de detalhamento. A Portaria nº 1.286/93 determinava várias exigências para os contratos de prestação de serviços de assistência à saúde, mas sem preocupação para induzir a uma contratualização de resultados tendo como referência indicadores de saúde.

Nova referência, mais explícita, ao processo de contratualização, vem apenas com a Lei nº 9.637/98 que trata das organizações sociais. Essa Lei diz que na elaboração do contrato de gestão devem constar, entre outros itens: programa de trabalho proposto pela organização social; metas a serem atingidas e prazos de execução; critérios objetivos de avaliação de desempenho, mediante indicadores de qualidade e produtividade; limites e critérios para despesa. Já a Lei nº 9.790/99, que cria as OSCIP, prevê que as relações com o Poder Público serão definidas por um Termo de Parceria que deve ter as seguintes cláusulas: objeto, metas e resultados a atingir, prazos, critérios de avaliação de desempenho, previsão de receitas e despesas, relatório sobre a execução, prestação de contas, publicação na imprensa oficial do extrato do Termo de Parceria e de demonstrativo da sua execução física e financeira.

Em 2002, a Portaria nº 373 – NOAS/SUS 01/02 normatiza que o interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada e que os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

Considerando que os preços dos procedimentos são tabelados, tem-se um mercado sanitário regulado em que os provedores não competem entre si. As relações

com distintos provedores se processam como mais um mecanismo administrativo que atende às necessidades pontuais do sistema, mas sem que essa relação esteja articulada a um processo de contratualização para melhoria do sistema de saúde. Não se percebe no espaço concedido aos provedores de prestações de serviços a ideia de competição para estimular melhor desempenho do sistema, apenas a ideia de complementaridade.

Em relação às estruturas organizativas e aos mecanismos à disposição do gestor público para avaliar e controlar as contratações realizadas, não são muitas as informações disponíveis.

A Resolução nº 258/91, que aprovou a NOB/SUS 01/91, define em relação ao controle e acompanhamento que o Ministério da Saúde acompanhará, por meio de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados, Distrito Federal e municípios.

De modo mais incisivo quanto à institucionalização de uma capacidade de gestão, a NOB/SUS 01/96 dedica todo um tópico ao controle, avaliação e auditoria, extrapolando a orientação até então vigente centrada apenas na auditoria. Define também como requisito básico para as unidades prestadoras de serviços de saúde o cadastro no banco de dados nacional. Recomenda às unidades gestoras a estruturação de órgão de controle, avaliação e auditoria, e as ações prioritárias de controle - procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos - com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços. Na mesma linha, a Portaria nº 95/01 – NOAS/SUS 01/01 dedica um item ao fortalecimento da regulação, controle e avaliação do SUS. Define como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão. Define o controle e avaliação dos prestadores de serviços e a avaliação da qualidade da atenção. É visível o esforço na direção da construção de um sistema que opere com condições de eficiência gerencial. No entanto, também é visível pela repetição das decisões em sucessivas normas que o sistema não responde de forma competente às necessidades de gestão.

O apoio às últimas normativas sobre aperfeiçoar a capacidade de gestão vem com a Portaria nº 399/06, que apresenta um conjunto de medidas tendo em vista a consolidação do SUS. Define no item III - Pacto de Gestão um apoio financeiro para a Gestão do SUS destinado ao custeio de ações relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS. Nesse sentido, apoia, entre outras, as ações voltadas para a regulação, controle, avaliação, auditoria, planejamento e orçamento, e programação.

Não se pode dizer que nos últimos 12 anos (de 1996 a 2008) não tenha sido feito um esforço enorme para conduzir o sistema para uma profissionalização de sua gestão. No entanto, é fácil constatar pelos diversos dispositivos que estes não foram ainda capazes de criar essa capacidade.

Outro aspecto importante tratando-se de controle é que além dos conselhos de saúde foram criados poucos espaços de atuação do cidadão. Assim, não há dispositivos normativos que institucionalizem qualquer processo avaliativo por parte dos usuários da qualidade da assistência recebida. A necessidade de saber a satisfação dos usuários com a qualidade da assistência, a integralidade e a resolutividade foi abordada a partir da NOAS/SUS 01/01 como um dos pontos que podem vir a fortalecer o sistema de saúde, mas sem nenhum caráter de obrigatoriedade para os gestores. Da mesma forma, na estrutura orgânica de gestão do sistema não há canais de participação que articulem a presença ativa do cidadão na tomada de decisão. O que há são iniciativas que valorizam o espaço para a escuta de demandas da cidadania, a exemplo da Ouvidoria Geral do SUS, com o objetivo de promover a participação popular e incentivar o controle social, ouvindo reclamações, denúncias, sugestões dos cidadãos. Uma outra iniciativa voltada para fortalecer a cidadania é a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS que traz informações sobre os direitos do cidadão. Apesar de muito importantes, os mecanismos criados são claramente insuficientes para tornar o sistema permeável à ação do cidadão no sentido da tomada de decisão e da prestação de contas de seus gestores que continuam submetidos principalmente a controles processuais e distantes da prestação de contas aos cidadãos.

Conclusão

A análise da responsabilização por competição administrada no SUS preocupou-se em identificar se os instrumentos normativos criavam condições para a introdução de uma lógica de quase-mercado nas relações entre entes de natureza jurídica distinta, se capacitavam a burocracia para avaliar e regular o desempenho dos provedores e se institucionalizavam formas de avaliação dos serviços prestados e formas de intervenção pelos cidadãos de modo que o processo como um todo resultasse em um Estado mais *accountable* aos cidadãos.

Partindo dessa premissa, constatamos que o sistema opera com uma pluralidade de provedores públicos e privados para assegurar a assistência à saúde; que as relações com os provedores são estabelecidas por meio de contratos ou convênios; que não há dispositivos normativos que disciplinem a prestação de contas dos contratos, convênios e demais ações para os cidadãos; que não se percebe se a autoridade sanitária estabelece premiações e punições à sua rede de provedores como forma de estimular um determinado padrão de desempenho; e que não é visível a forma como a competição é estimulada entre os provedores. Apesar de o sistema funcionar com a presença de múltiplos provedores (privados, ONGs, filantrópicos etc.) não há também concorrência estimulada entre os provedores; há ausência da participação do cidadão na avaliação da prestação de serviços; a estrutura de regulação/controle do poder público parece insuficiente; o controle da eficiência, eficácia e qualidade dos contratos deixa muito a desejar, uma vez que somente a partir de 2006 foi estabelecido um conjunto de indicadores de desempenho como metas para os gestores do sistema; o que se compra majoritariamente são atividades (altas hospitalares, urgências, consultas etc.); a regulamentação deixa em aberto aspectos importantes da relação contratual mesmo quando existe a obrigatoriedade do contrato, como é o caso das OS, e é praticamente inexistente para a longa relação de provedores; a pactuação de objetivos e metas no Brasil tem sido feita por meio dos instrumentos Programação Pactuada Integrada e Termo de Compromisso apenas recentemente.

Esses elementos evidenciam que, apesar de existir um processo de compra de serviços mediados seja por

contratos seja por convênios, não se percebe minimamente que o funcionamento do sistema de saúde leva à forma de responsabilização por competição administrada. Como afirmamos anteriormente, na perspectiva da responsabilização por competição administrada, a contratualização atende a objetivos concretos de melhoria da eficiência, eficácia e efetividade do sistema e, mais que isso, o faz mantendo com o cidadão uma relação permanente de prestação de contas. Se isso não acontece, a contratualização pode melhorar a racionalidade do sistema de gestão, mas ainda estará muito longe do ideal de responsabilização.

Pelas razões já apontadas, a responsabilização pela competição administrada ainda é um processo em

construção no SUS. Os elementos que a caracterizam foram incorporados de uma forma desequilibrada com clara preferência para os aspectos que permitiam uma abertura ao mercado – pluralidade de provedores, de arranjos, de contratos – em detrimento dos aspectos que se referiam ao cidadão e à estrutura de regulação, necessários à configuração da responsabilização. Como os elementos não se articulam com o mesmo peso, não se institucionaliza a forma de responsabilização pela competição administrada, que se ressentir de uma estrutura de regulação forte capaz de imprimir a constituição de um quase-mercado submetido à concorrência e preferência do cidadão. ■

Referências

ABRUCIO, F. L. Responsabilização pela Competição Administrada. In: Bresser-Pereira, L.C.; Cunill-Grau, N. C. (Org). *Responsabilização na Administração Pública*. São Paulo: CLAD/Fundap, 2006.

BRASIL. *Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007*. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, 2007.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991*. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Brasília, 1991.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. *Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 1998.

_____. *Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999*. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006*. Define que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993*. Dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o Estado, o Distrito Federal e o Município e pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006*. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006*. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Brasília, 2001.

CASASNOVAS, G. L. *et al.* Los nuevos instrumentos de la gestión pública. *Colección Estudios Económicos*, n. 31, fev. 2003. Disponível em: <www.estudios.lacaixa.es>. Acesso em: 10 abr 2009.

CUNILL GRAU, N. Responsabilização pelo controle social. In: Bresser-Pereira, L. C.; Cunill Grau, N (Org). *Responsabilização na Administração Pública*. São Paulo: CLAD/Fundap, 2006.

HIRSCHMANN, A. O. *Exit, Voice and loyalty: responses to decline in firms, organizations and State*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1970.

MARTINS, H. F. Em busca de um regime contratual de gestão: a recente implementação de contratos de gestão na administração pública brasileira. In: Peixoto, J.P.M. (Org). *Modernização e Reformas do Estado*. RJ: UVA, 2000.

RAMÍO, M. C. *Externalización de servicios públicos y corrientes neoempresariales*: los problemas de la administración relacional en el contexto de un gobierno multinivel. V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 24-27 oct 2000.

REPULLO, J. R. Externalización, eifciencia y calidad. Público y privado en la sanidad. *Revista Calidad Asistencial*, v.23, n.2, p 83-7, 2008.

Recebido para publicação em Junho/2009
Versão definitiva em Agosto/2010
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: CAPES