

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

- MARE -

ANALISE CRITICA E CONTRA-
PROPOSTA

Dez. / 96

~~pg~~

- Material Estudado - - - - -
- Organizações Sociais - - - - -
- Questões Gerais - - - - -
- Questões Específicas para o SUS - - - - -
- Comentários e Posicionamentos - - - - -
- Questões e Proposições Alternativas para o SUS...

SUBSÍDIO INICIAL PARA A IMPRESCINDÍVEL ARTICULAÇÃO MARE-SUS

A proposta de Reforma Administrativa e do Estado apresentada pelo MARE refere-se inquestionavelmente a um dos aspectos mais amplos, profundos e complexos de um propósito de desenvolvimento do nosso país.

No caso do setor saúde, especialmente no seu decisivo componente estatal, essa amplitude, profundidade e complexidade requerem uma inadiável discussão, articulação e negociação MARE-SUS, despojadas de posicionamento pré-concebidos e/ou desinformados, assim como de tática equivocada de precipitar fatos consumados, sob a grande pena de perdermos oportunidade - não frequente - de avançarmos para uma Reforma de real interesse público e da nação, e também para a própria viabilização e consolidação do SUS.

A discussão, articulação e negociação MARE-SUS, além de inadiáveis, podem e devem ser realizadas em prazo relativamente curto, desde que adequadamente sistematizadas por interlocutores representativos, do lado do SUS das três esferas da sua direção (Nacional, Estadual e Municipal), acompanhadas de representação do Conselho Nacional de Saúde.

Neste sentido, a tramitação mais desejável é aprovação pelo Congresso Nacional de Lei ou P.E.C., dispensando o caminho saturado e pouco credibilizado de Medidas Provisórias.

Se a conjuntura política impuser o caminho errado da M.P., ainda assim a discussão, articulação e negociação devem ser buscadas. A seguir, seguem exemplos de melhorias à proposta do MARE.

- Versão de 09.12.96

- Elaborada por técnicos e dirigentes das várias instâncias do SUS

- Coord. - Nelson Rodrigues dos Santos - DMPS / FCM / UNICAMP

MATERIAL ESTUDADO

- Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado. Câmara da RE - 21.09.95
- Minutas:

Exposições de Motivos

Interministerial (Câmara) - EC-MARE-
MPO-MF-MT-EMFA-SGPR

Out 96

Out. 96

Out. 96

Medidas Provisórias

Extinção de Órgãos da Administração Pública e Absorção por OS

Decreto - Institui o Programa Nacional de Publicização - PNP

Decreto - Qualifica o Hosp. Presidente Vargas como OS

Protocolo de Intenções MARE-MS-
FIO Cruz

Contrato de Gestão - Instrumento

Ante-Projetos de Lei

Guia as OS e o PNP

Implanta o Contrato de Gestão

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

PROPOSTA DO MARE PARA SUBSTITUIR ORGAOS PÚBLICOS GOVERNAMENTAIS

RESUMO DA PROPOSTA:

1. NUCLEO ESTRATEGICO

Cúpula do Poder Executivo, Poderes Legislativo e Judiciário e Ministério Público.

Deve ter capacidade gerencial para definir e gerenciar os contratos de gestão.

Os seus servidores devem estar sujeitos a políticas de profissionalização do serviço público.

2. AGENCIAS EXECUTIVAS: Exclusivas do Estado.

Cobrança e Fiscalização dos Impostos, Polícia, Previdência Social Básica, Serviço de Desemprego, Fiscalização de Normas Sanitárias, Serviço de Trânsito, Compra de Serviços de Saúde, Subsídio à Educação Básica, Controle do Meio Ambiente, Emissão de Passaportes, etc.

Trabalharão sob contratos de gestão com controle dos resultados.

3. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS: Não exclusivas do Estado. De Direito Privado, s.f.l. Universidades, Hospitais, Institutos de Pesquisas e Museus.

Trabalharão sob contratos de gestão com controle de resultados.

4. SETOR PRIVADO

Inclue as privatizações.
Trabalha sob regulamentação.

Questões gerais:

1º) É conferido ao Executivo Federal um poder altamente discricionário que possibilita aos Ministros, no caso ao da Saúde, a faculdade de beneficiar determinados grupos e marginalizar outros, ao seu único e exclusivo critério. O art. 1º da minuta de Medida Provisória confere ao Executivo o poder de "*qualificar*" as Organizações Sociais (OS) e o art. 6º, de forma até mesmo redundante, afirma que tal "*qualificação*" será feita mediante "*ato do Presidente da República*". Não estão previstos quaisquer mecanismos concorrenciais, seja por preço, seja por qualificação dos membros das OS. Diante disso, é de se indagar sobre como procederá o presidente ou o Ministro da pasta em questão ante a possibilidade de 2 ou mais grupos formarem "*pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos*" e se dispuserem a gerir uma determinada instituição de saúde. A "*qualificação*" nesse caso se assemelharia à doação de uma sesmaria e não cabe a argumentação sobre uma possível honorabilidade ou defesa do interesse público por parte do ocupante desse ou daquele Ministério, tendo em vista que a Administração Pública deve orientar-se, dentre outros, pelo princípio da impessoalidade. Tal caráter do processo de "*qualificação*" tem ainda implicações específicas sobre o SUS, assinaladas mais adiante.

2º) As OS terão autonomia para definirem, por decisão de seus respectivos Conselhos de Administração ou Curadores, os regulamentos dispendo sobre "*os procedimentos*" que serão adotados para "*contratação de obras e serviços*", "*para compras e alienações*" e "*o plano de cargos e salários dos empregados da entidade*". Essa forma de contornar os entraves legais atualmente existentes - que obrigam à realização de processos licitatórios para a contratação de obras, de serviços, efetivação de compras e, na maioria dos casos, para a alienação de propriedades -, de fato, agrada aos gestores e administradores, mas constitui-se em precedente extremamente perigoso sob o ponto de vista da moralidade administrativa. Não se pode esquecer que as OS estarão executando orçamento público, e não sendo contratadas para prestação de um determinado serviço. Ao contrário de, por exemplo, uma Santa Casa, que recebe pagamento por um serviço contratado e que pode comprar seus insumos com o fornecedor que bem entender, pelo preço que achar melhor e, nesse processo, aumentar ou diminuir seu excedente, as OS receberão recursos orçamentários para administrar, o que pode significar uma porta ainda mais aberta para a corrupção que já existe nos processos de compras e contratação de serviços. Ademais, a permissão para a alienação de

patrimônio pode significar a transferência privilegiada de terrenos e prédios públicos a particulares sem os controles que a lei hoje exige.

3º) As OS, igualmente, poderão contratar pessoal por meio de critérios próprios e definir os seus níveis salariais. Tal abertura pode ensejar o empreguismo e o nepotismo tão conhecidos da Administração Pública Brasileira e que grassou durante muitos anos com o regime de autonomia dado às fundações públicas.

4º) Com ampla autonomia para contratar compras, serviços e pessoal e alienar patrimônio público, é de se indagar quem assumirá os débitos de uma "*pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos*" que, com certeza, devido à sua natureza, não possuirá patrimônio nem capital próprios. Isso implica que nenhuma delas terá como responder por seus atos perante terceiros ou perante o próprio Governo Federal. Em caso de malversação das verbas destinadas a estas entidades (o que não é raro de ocorrer em nosso país), não teria a União garantias pelo ressarcimento dos prejuízos. Nem tampouco haveria garantias no que tange às dívidas trabalhistas e com empresas contratadas (v.g. empresas de limpeza e conservação e de vigilância). Muito provavelmente estas dívidas recairiam nas costas do Governo Federal ou, em última instância, do contribuinte. Assim, a descoberta de falcatruas, de descumprimento de cláusulas contratuais, de inépcia administrativa, ou mesmo o desinteresse do grupo dirigente da OS poderá colocar o Poder Público numa situação de impasse: ou rescinde o contrato, ou compactua com a irregularidade. Decidindo-se pela rescisão, a Administração Pública pode se ver na situação de que não surja nenhum interessado pela gestão da instituição ou que os débitos com credores e trabalhistas sejam tão grandes que nenhuma outra pessoa jurídica ouse assumi-los. Não restaria à União outra alternativa que retomar a gestão da instituição, agora sem pessoal próprio, endividada ou fechá-la, com graves prejuízos para seus usuários.

5º) A minuta de Medida Provisória abre a perspectiva de que um servidor público cedido à OS perceba remuneração adicional por prestar serviços em uma instituição em que, provavelmente, ele já trabalhava recebendo apenas seus proventos. Essa novidade criará uma diferenciação entre servidores cedidos às OS e não cedidos de difícil administração por parte do Poder Público.

Questões específicas para o SUS:

1ª) A forma de "*qualificação*" de uma determinada OS, no caso específico da saúde, ignora por completo a dinâmica da descentralização que vem sendo levada a cabo no setor. De acordo com a minuta de MP, a "*qualificação*" se dá por ato do Ministério da área a que se subordina a instituição. Do mesmo modo, na celebração do "*contrato de gestão*" não se leva em consideração a existência das autoridades sanitárias estaduais e municipais e seus respectivos planos e autonomia para gerir, nos limites legalmente estabelecidos, a saúde em seus territórios.

2ª) A composição prevista para os Conselhos de Administração ou Curador das OS é proporcionalmente diversa da prevista na Lei 8.142/90 para os Conselhos de Saúde, com nítida desvantagem para os usuários que, no máximo, teriam 40% dos assentos previstos. Essa discrepância pode se tornar, inclusive, um foco de conflito, tendo em vista que ao Conselho da OS cabe "*definir objetivos e diretrizes de atuação da entidade*", sem que se preveja nenhuma compatibilização ou subordinação aos Conselhos de Saúde. É preciso que o processo de autonomização e de transferência de gestão para um ente privado na área da saúde não ignore a necessária e justa subordinação das instituições ao Poder Público municipal.

3ª) As dotações orçamentária serão destinadas às OS sem qualquer consideração sobre o processo de descentralização, mas na "*forma do Contrato de Gestão*". A exemplo do já destacado nos 2 itens anteriores, essa questão também demonstra que não foram consideradas a dinâmica do processo de descentralização e a autonomia do município para gerir a saúde em sua respectiva área geográfica.

4ª) A admissão de pagamento adicional aos servidores públicos cedidos às OS contempla uma antiga reivindicação de parte da corporação médica que não aceita o assalariamento, como, por exemplo, os anesthesiologistas, radiologistas e oftalmologistas, mas pode se transformar num foco de conflito dentro da própria categoria e com outras categorias de nível superior e médio.

5ª) A perspectiva de que a instituição passe a celebrar convênios para a absorção da demanda dos planos e seguros de saúde e privada, a exemplo do que ocorre hoje no INCOR e HC, embora vá ao encontro da reivindicação da corporação médica,

conforme destacado no item anterior, pode representar o fim da concepção original do SUS da universalidade e da equidade. Essa fórmula certamente criará a categorização da clientela e redundará em privilegiamento dos "clientes particulares" em detrimento do "paciente SUS".

COMENTÁRIOS E POSICIONAMENTOS:

1º) A reforma do aparelho de Estado que é a discussão em pauta, pressupõe a ante-visão da reforma do Estado, que por sua vez pressupõe a ante-visão de nova relação Sociedade-Estado, onde este passa a refletir equanimemente os interesses e direitos do conjunto da sociedade e dos diversos estratos e segmentos.

Nesta nova lógica há que ser claramente definido o que é bem comum e particular, o que é público e privado, assim como o aparelho de Estado há que ser eficaz e eficiente, e em função disso organizado. Ao que nos consta, é o que acontece nas sociedades mais desenvolvidas, não só econômica mas também socialmente, apesar das diferenças históricas e político-institucionais entre elas, como o Canadá, países europeus e outros.

2º) Ora, sendo a Saúde, o Ensino, o Desenvolvimento de Ciência e Tecnologia e a Cultura, atividades de execução não exclusiva do Estado, e sendo os Hospitais Públicos, Universidades Públicas, Institutos Públicos de Pesquisa e Museus Públicos, órgãos cuja funcionalidade carrega o grave peso do burocratismo, lentidão administrativa, baixíssimos orçamentos, clientelismo, e

6
daí a ineficácia e ineficiência, caberá então à reforma, a remoção desse grave peso, criando e promovendo a imprescindível flexibilização e agilização gerencial e administrativa, elevando-os a órgãos públicos com a necessária autonomia gerencial e desafio de cumprimento de metas de produtividade e de qualidade, sob contratos ou compromissos de gestão, sempre em função dos resultados para a população. Isto é reforma do aparelho de Estado, e ao que nos consta é o que acontece nos países acima referidos.

Em outras palavras, a simples transformação dos órgãos públicos em entidades privadas sob contrato de gestão com o Poder Público não é reformar o aparelho de Estado; na verdade, privatiza e perde os seus órgãos efetores, preservando as graves distorções no resto do aparelho, resto este que é quem vai definir e gerenciar os contratos de gestão. As ações e serviços pertencentes ao campo dos direitos inalienáveis de cidadania, cuja responsabilidade é dever do Estado, mas cuja execução não é exclusiva do Estado, requerem elevada e competente regulação pelas entidades da sociedade organizada e por intervenções do próprio Estado. O jogo do mercado jamais pode ser tomado como eficaz no controle de interesse público das ações e serviços desse campo.

3º) Os hospitais públicos e universidades públicas hoje existentes devem ser vistos e tratados como uma massa crítica de unidades efectoras de ações de saúde, pesquisa e ensino inabdicável pelo Poder Público: além do cumprimento da sua função social e no desenvolvimento, acumulam experiência e competência imprescindíveis para exercer sua função regulatória sobre os estabelecimentos privados que prestam serviços na mesma área. O Sistema Público de Saúde - SUS - por exemplo, já vem contratando no setor privado 74% dos seus leitos hospitalares, cuja regulação carece ainda de maior competência reguladora, o que vem perpetuando significativos desperdícios e desassistência à população. Urge avançar na competência gerencial dos 26% de leitos públicos, através de uma efetiva reforma do aparelho de Estado, e esta competência será decisiva no exercício da função reguladora ("quanto mais competente na execução do que vai regular, melhor regulador será").

4º) Por outro lado, a proposta de Organizações Sociais privadas para substituir hospitais públicos, não leva em conta o significado da profunda reforma do aparelho de Estado em andamento no setor saúde desde 1987 quando iniciou-se a estadualização e muni-

8
cipalização do antigo INAMPS, pelo caminho
convencional (Convênios SUDS). Acumulou-se desde
então rica e imprescindível experiência: em
1.988 e 1.990 com a Constituição e leis 8080/90
e 8142/90 que implantam o SUS (Universalidade,
Equidade, Descentralização, Controle Social,
Hierarquização/Regionalização e Integra-
lidade); em 1.993 e 1.996 com a NOB-93 e
NOB-96 - Comissões intergestoras (nacional, Tripartite,
estaduais, bipartites e regionais, bipartites regio-
nais) e Condições de Gestão (Incipiente, Parcial, Semi-
plena e Plena).

Esta reforma do aparelho de Estado no
setor saúde é um processo radical e conse-
quentemente em todos os níveis do setor. Nas
Três esferas de Governo realizam-se a cada
quatro anos as Conferências de Saúde de
caráter propositivo, e mensalmente reu-
nem-se os Conselhos de Saúde de caráter
deliberativo. Desenvolvem-se também nas
Três esferas os Planos de Saúde e os Fun-
dos de Saúde para a gestão financeira.

Além de radical este processo é extrema-
mente complexo, inclusive porque está di-
recionado para superar obstáculos e resis-
tências de grande vulto, oriundos de ou-
tros setores de Governo que não passam pelo

mesmo processo de reforma e também de parte do setor saúde portadora de pesadas heranças pré-constitucionais, ligadas à capitalização privada com recursos públicos de saúde, à Tecno-burocracia centralizadora e ao corporativismo.

5º) A vanguarda deste processo cobre hoje quase 25% da população brasileira residente em municípios que mais avançaram, entre os quais, 136 que atingiram a forma mais competente de gestão (semi-plena), além de vários Hospitais Universitários Públicos que desenvolvem e aplicam tecnologias de ponta e modelos gerenciais de alta eficiência e eficácia. Esta vanguarda, mais que qualquer outro movimento transformador efetivo na sociedade e no Estado brasileiro nos dias de hoje, tem absoluto interesse, compromisso e objetivos de obter no mais breve prazo, modelos jurídico-legais flexíveis e ágeis para as unidades efetoras: hospitais, distritos de saúde e outras.

6º) Por final, torna-se imperativo demarcar o espaço da inadiável reforma do aparelho de Estado em relação ao espaço das Políticas Públicas - de Estado - que desde

1989 jogam muito pesado do desfinanciamen-
to do setor Saúde (excetuando-se os Muni-
cípios e alguns Estados) e compelindo à con-
figuração de um outro sistema de saúde que
não demande mais que US \$ 120,00 per-cá-
pita-ano e uma estratificação da atenção à saú-
de com "cesta básica" pública municipalizada,
apoio de nível secundário mais ou menos efeti-
vo de acordo com a pressão de segmentos popu-
lacionais e expansão dos planos privados de
saúde, em outras palavras, a quebra das di-
rettrizes Constitucionais da Universalidade, Equi-
dade e Integralidade. Este espaço, hoje do-
minante, de políticas públicas anti-sociais
desfinanciadoras, induzem muitas vezes,
com cumplicidade de setores da mídia, a
falso dimensionamento do que é falta
de financiamento público e falta de
gerenciamento, delimitando à última uma
causalidade na verdade do lado da pri-
meira.

QUESTÕES E PROPOSIÇÕES ALTERNATIVAS PARA O SUS

1. As "Organizações Sociais" de ~~Direito~~ Privado propostas deverão ser alteradas para "Órgãos Públicos com Autonomia Gerencial" - OPAG de Direito Público. Exemplo: Empresa Pública de Finalidade Social, Estabelecimento Público Hospitalar e outros, através de Anteprojeto de Lei específico.

2. Cabe à Direção Única do SUS em cada esfera de Governo e ao respectivo Conselho de Saúde, dispor sobre quais unidades públicas estão qualificadas para constituir um OPAG e o correspondente contrato ou compromisso de gestão.

3. O orçamento público a ser destinado ao OPAG ou AE não deverá ser retraído em relação ao destinado no último ano, e deverá aumentar somente de acordo com as prioridades identificadas no planejamento ascendente, aprovadas nos Conselhos de Saúde.

4. O orçamento público será repassado ao OPAG ou AE através de parcelas mensais únicas e automáticas, sob responsabilidade

de da Direção Única do SUS e respectivo Fundo de Saúde, que deverão manter as competências de supervisão, controle e avaliação agora voltadas para o cumprimento das metas de produtividade e indicadores de qualidade acordados nos contratos ou compromissos de gestão e constantes nos planos de saúde correspondentes.

5. Os OPAG e AE, de acordo com a sua missão e objetivos previamente definidos (internamente em cada um e externamente com o respectivo gestor do SUS), deverão apresentar o seu plano de prestação de serviços ou produção de bens ou de ciência e Tecnologia, a ser avaliado e atualizado anualmente.

6. A concepção e criação do OPAG devem incluir o seu Conselho Gestor de caráter deliberativo e composto paritariamente por representações dos usuários da sua área de cobertura, dos seus trabalhadores de saúde e dos seus dirigentes.

7. Os atuais controles públicos burocratizados e imobilizantes como aspectos da Lei 8.666/93, do RJUT e outros atos normativos que obrigam a lentidão, desgastes e des-

perdícios que inviabilizam a gestão, ao serem substituídos, não deverão ceder lugar ao jogo dos lobilismos, nepotismos, Terceirizações em cascata e formação de quadrilhas, mas sim a controles de interesse público permeáveis à imprescindível agilidade e flexibilidade. Exemplificando, devem ser experimentados novos paradigmas de realização da isonomia salarial (Trabalho igual, salário igual) fugindo tanto da multiplicidade clientelista de regimes de Trabalho (Trabalho igual, salário desigual), como da homogeneização nacional de regime único (Trabalho desigual, salário igual). Com certeza, é ao nível regional ou loco-regional que a busca da isonomia poderá ser melhor sucedida no SUS, contemplando adicionais por desempenho de equipes, mesas permanentes de negociação coletiva e novos processos e relações de Trabalho.

8. A adequação, simplificação ou substituição dos atuais controles burocratizados e cartoriais por outros mais leves, ágeis e subordinados à lógica do interesse público, constituem tarefas comprovadamente alcançáveis a prazo curto, a partir das atuais experiências e conhecimentos administrativos, técnicos e jurídicos que se acumulam na vanguarda da implementação do SUS. Só depende da vontade política e debate

transparente do Governo com a Sociedade, e a mudança ocorrerá ou por Lei ou se necessário por Emenda Constitucional.

9. As tentativas até hoje existentes de agilização e flexibilização de aparelhos de Estado brasileiro, visando a efetivação rápida da sua função pública e resultados para a população, não foram apoiadas por controle social mais transparentes e controles públicos mais eficazes, o que levou a distorções do uso da autonomia, inclusive aquelas induzidas pelo próprio Governo como forma de captação de empréstimos. Por isso não faltaram pretextos para as re-centralizações através das décadas, retomando-se o burocratismo, a ineficiência e ineficácia das intervenções do Estado, especialmente nos programas sociais. Estes ciclos repetem-se desde a década dos 30, com as Autarquias e após as Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, Fundações Públicas e outras.

A proposta das OPAG e contratos ou compromissos de gestão com cumprimento de metas de produtividade e indicadores de qualidade e resultados, podem hoje assumir o real salto na reforma do aparelho de Estado, de interesse da população e da nação. No caso do SUS será decisivo o controle social

através dos Conselhos de Saúde (Municipais,
Estaduais e Nacional), e dos Conselhos Gestores
dos OPAGs.
