

CONTROLE DOS REPASSES AO TERCEIRO SETOR DA SAÚDE



DRA. ÉLIDA GRAZIANE PINTO

PROCURADORA DO MINISTÉRIO
PÚBLICO DE CONTAS DO ESTADO
DE SÃO PAULO

PROFESSORA DE FINANÇAS
PÚBLICAS DA FGV-SP

PÓS-DOCTORA EM ADMINISTRAÇÃO
PELA EBAPE-FGV

DOCTORA EM DIREITO
ADMINISTRATIVO PELA UFMG

DIAGNÓSTICO DO BANCO MUNDIAL PARA A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA



“i) *Racionalização da rede de prestação de serviços, especialmente a rede hospitalar, para atingir um melhor equilíbrio entre acesso e escala (eficiência). Mais especificamente, isso exigiria a **redução do número de hospitais de pequeno porte** (a maioria dos hospitais brasileiros tem menos de 50 leitos, e por volta de 80% têm menos de 100 leitos – quando o tamanho ótimo estimado varia 150 e 250 leitos – para alcançar economias de escala). O estudo estima em R\$1,3 bilhões por ano as ineficiências na MAC apenas nos municípios com 100% de hospitais de pequeno porte. [...]*

(ii) *Incentivar o **aumento da produtividade dos profissionais de saúde**. Isso exigiria implementar políticas de remuneração vinculadas a qualidade e ao desempenho, como pagamento por desempenho. [...] Além disso, será importante promover a padronização da prática médica através da adoção de protocolos clínicos como forma de reduzir variação nos diagnósticos e tratamento (para facilitar o controle de custos e o aumento da eficácia dos tratamentos).*

(iii) *Reforma dos sistemas de pagamento dos prestadores de serviços de saúde para melhor refletir os custos dos serviços e focar nos resultados de saúde. O sistema de pagamento por Grupo de Diagnósticos Relacionados (ou Diagnostic-Related Group, DRG) tem resultado em ganhos de eficiência e controle de custos em outros países. No Brasil, o sistema AIH/SIA poderia ser gradualmente convertido em um sistema DRG.*

DIAGNÓSTICO DO BANCO MUNDIAL PARA A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA



(iv) *Melhora da coordenação do sistema por meio da integração de serviços diagnósticos, especializados e hospitalares, bem como os sistemas de referência e contra-referência. **Reforçar e expandir a cobertura da atenção primária**, com o estabelecimento da atenção primária como porta de entrada ao sistema (gate keeping). Isso reduziria o número de hospitalizações (em aproximadamente 30%) e reduziria gastos – nos estimamos em R\$1,2 bilhões os gastos com internações por causas sensíveis a atenção primária apenas para doenças cardiovasculares. [...].*

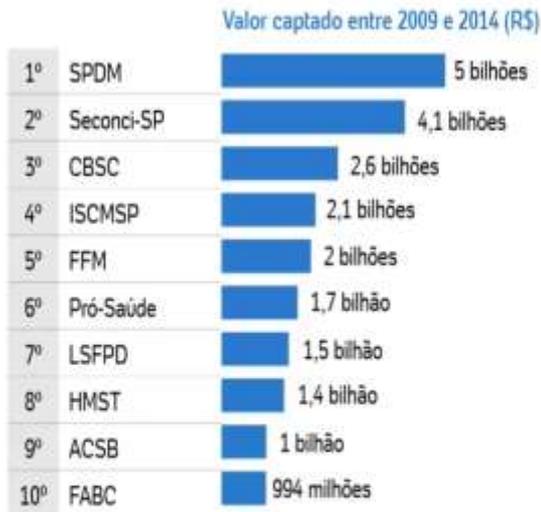
(v) ***Redução dos gastos tributários com saúde:** Gastos tributários representam 30.5% dos gastos federais em saúde concentrados em descontos no IRPF (R\$9.6 bilhões ano) e hospitais filantrópicos (R\$7.4 bilhões ano). Esses gastos são altamente regressivos, e não há nenhuma justificativa aparente para a obrigatoriedade de o governo pagar pelo atendimento privado de saúde aos grupos mais ricos da população.” (grifos acrescentados ao original)*

REPASSES AO TERCEIRO SETOR NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Os processos de prestação de contas dos repasses ao terceiro setor na política pública de saúde se ressentem da ausência de um devido processo que ateste, de forma transparente e simples, a razoabilidade da equação entre custos e preços praticados em face dos resultados verificados. Na maioria das vezes, os custos são opacos, os preços não são módicos e os resultados são ineficientes, notadamente diante da necessidade de se reduzir a elevada demanda reprimida e de se justificar o custo de oportunidade da resposta ambulatorial/ hospitalar dada a precária e insuficientemente baixa resolutividade da atenção primária de saúde.



As maiores OSs do Brasil



ACSC: Associação Congregação de Santa Catarina; CBSC: Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico-Social; FABC: Fundação ABC; FFM: Fundação Faculdade de Medicina; HMST: Hospital Maternidade Santa Terezinha; ISCMSP: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; LSFPD: Lar São Francisco da Providência de Deus; Pró-Saúde: Associação Beneficente de Assistência Médica e Hospitalar; Seconci-SP: Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo; SPDM: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina.

ANUOL

Não obstante o fato de haver significativa concentração dos repasses para pequeno número de entidades beneficiárias, os processos de prestação de contas – tramitados sempre em caráter individual e com dados avaliados isoladamente – ignoram a necessidade premente de:

- evidenciação dos riscos de remunerações cumulativas (a título de honorários e/ou pagamento de assessorias jurídica/contábil etc) e, portanto, dissonantes com o regime do art. 37, XI da CR/1988;

- aferição do ganho de escala para fins de redução de custos administrativos na operacionalização de cada contrato de gestão/convênio/termo de parceria ou qualquer outra espécie de liame negocial e no controle consolidado do número global de negócios (lato senso) por entidade beneficiária (controle do total de recursos públicos administrado por cada CNPJ);

As maiores OSs do Brasil



ACSC: Associação Congregação de Santa Catarina; CBSC: Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico-Social; FABC: Fundação ABC; FFM: Fundação Faculdade de Medicina; HMST: Hospital Maternidade Santa Terezinha; ISCMSP: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; LSFPD: Lar São Francisco da Providência de Deus; Pró-Saúde: Associação Beneficente de Assistência Médica e Hospitalar; Seconci-SP: Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo; SPDM: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina.

ANIEUOL

- cruzamento do desvio padrão dos preços praticados em todos os repasses de mesma espécie, por mês de liquidação e pagamento da despesa, para fins de controle preventivo em face de pleitos por aditivos contratuais ou por novos incentivos fiscais em busca de majoração dos repasses;
- gestão de demanda reprimida para ampliação prospectiva dos atendimentos na rede;
- sujeição das entidades do terceiro setor aos deveres de transparência ativa, integridade e prestação de contas perante todas as instâncias cabíveis de controle e, por fim,
- controle de qualidade dos resultados operacionais do atendimento ambulatorial e hospitalar, com a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária de saúde.

DUAS CPI'S NA ALESP SOBRE OSS'S DESDE 2018... AINDA OS MESMOS ERROS



Em última instância, precisamos exigir, em face de todos os gestores públicos responsáveis e das entidades do terceiro setor, a adoção padronizada das seguintes balizas nucleares nos instrumentos jurídicos que avalizam os repasses e em seus respectivos processos de prestação de contas:

- (i) ADERÊNCIA AO PLANEJAMENTO SANITÁRIO, na forma do art. 36 da Lei 8.080/1990, do art. 2º, II e do art. 30, ambos da Lei Complementar nº 141/2012;
- (ii) DEMONSTRAÇÃO DO CARÁTER ESTRITAMENTE COMPLEMENTAR E COMPROVAÇÃO DA VANTAJOSIDADE DO REPASSE EM RELAÇÃO À EXECUÇÃO DIRETA, na forma do art. 199, §1º da Constituição de 1988, dos arts. 4º, §2º, 8º e 24 da Lei 8.080/1990 e do art. 16 da Lei 4.320/1964;
- (iii) OBEDIÊNCIA AO TETO REMUNERATÓRIO, em consonância com o art. 37, XI da Constituição de 1988, no somatório global mensal dos pagamentos feitos aos funcionários das entidades com recursos públicos na forma de salários, honorários e quaisquer espécies remuneratórias;
- (iv) DEVIDO PROCESSO ISONÔMICO E IMPESSOAL DE SELEÇÃO DA ENTIDADE, na forma do julgamento conferido pelo Supremo Tribunal Federal à ADI 1923/DF julgada pelo STF e do Acórdão TCU 3239/2013-Plenário;
- (v) REGRAMENTO DE SUBCONTRATAÇÕES/QUARTEIRIZAÇÕES COM CONTROLE DE DEVIDO PROCESSO DE SELEÇÃO E EVIDENCIAÇÃO DE CUSTOS, nos mesmos moldes da própria parceria celebrada entre Estado e entidade do terceiro setor;

**DUAS
CPI'S NA
ALESP
SOBRE
OSS'S
DESDE
2018...
AINDA OS
MESMOS
ERROS**

(vi) VEDAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES E NEPOTISMO, em respeito aos princípios da moralidade e impessoalidade;

(vii) DEVER DE TRANSPARÊNCIA ATIVA, na forma do art. 2º da Lei 12.527/2011;

(viii) CONTROLE DE CUSTOS E RESULTADOS, por meio do contraste entre metas físicas e financeiras constantes do plano de trabalho e a execução dos indicadores de processo e resultado da parceria em painel de acompanhamento simultâneo divulgado no sítio eletrônico tanto do ente público (caráter global de todas as parcerias em andamento e dados unitários de cada qual), quanto da entidade do terceiro setor (com dados consolidados de todos os recursos públicos recebidos e por cada vínculo negocial isoladamente);

(ix) COMPROVAÇÃO DA EFETIVA AUSÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA, por meio do exame em pertinente matriz de risco de indicadores extraídos da confluência dos itens (iii), (v) e (viii);

(x) GESTÃO DO GANHO DE ESCALA OPERACIONAL E RESTRIÇÃO À FORMAÇÃO DE OLIGOPÓLIOS, cujo controle se impõe na forma do item (viii);

DUAS CPI'S NA ALESP SOBRE OSS'S DESDE 2018... AINDA OS MESMOS ERROS

(xi) REMUNERAÇÃO VARIÁVEL CONFORME PARÂMETROS DE QUALIDADE DE ATENDIMENTO E INDICADORES DE OTIMIZAÇÃO DOS RESULTADOS (dentre os quais, por exemplo, cabe citar meta de redução de internações por condições sensíveis à atenção básica de saúde e meta de redução da demanda reprimida);

(xii) INCLUSÃO DA PARCELA DO PAGAMENTO REFERENTE À REMUNERAÇÃO DO PESSOAL QUE EXERCE A ATIVIDADE FIM DO ENTE PÚBLICO NAS ENTIDADES BENEFICIÁRIAS DE REPASSES AO TERCEIRO SETOR, NO TOTAL APURADO PARA VERIFICAÇÃO DOS LIMITES DE GASTOS COM PESSOAL, na forma do art. 18, §1º da Lei de Responsabilidade Fiscal, da Portaria da Secretaria do Tesouro Nacional 233/2019 e do Acórdão do Tribunal de Contas da União nº 1.187/2019-Plenário;

(xiii) previsão de cláusula contratual que fixe limite prudencial de despesas com pessoal em relação ao valor total de recursos do contrato de gestão/ termo de parceria/ convênio etc e sobre mecanismos de controle sistemático pela autoridade supervisora, sendo ideal que Os GASTOS RELATIVOS COM SUBCONTRATAÇÃO DE EMPREGADOS NÃO PODERÃO ULTRAPASSAR 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO VALOR TOTAL DO CONTRATO de gestão, sendo vedada a subcontratação para execução da atividade especializada de gerenciamento de saúde;

(xiv) VEDAÇÃO DE TERCEIRIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO SANITÁRIO, DAS ATIVIDADES RELATIVAS AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS E DA REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS NO ÂMBITO DO SUS. E, por fim, mas não menos importante,

**DUAS
CPI'S NA
ALESP
SOBRE
OSS'S
DESDE
2018...
AINDA OS
MESMOS
ERROS**

(xv) DEVER DE HÍGIDA PRESTAÇÃO DE CONTAS AOS ÓRGÃOS DE CONTROLE INTERNO, SOCIAL E EXTERNO, o que significa, por exemplo, que

(xv.1) as minutas de edital de chamamento público e respectivo contrato devem ser analisadas e aprovadas pelos conselhos de saúde;

(xv.2) a apresentação ao ente contratante, ao conselho de saúde e ao controle externo de relatório executivo com os nomes dos diretores, remuneração de todos os cargos e funções ocupadas, frequências e ausências por cargo/função totalizadas em dias, horas e valores;

(xv.3) fiscalização de filas, reclamações dos usuários e trabalhadores, abastecimento de medicamentos e materiais até mesmo como cláusula de remuneração variável relativa à qualidade do serviço prestado;

(xv.4) garantia de fiscalização *in loco* aos membros do respectivo conselho de saúde e

(xv.5) condicionamento dos pagamentos mensais à devolução ou compensação de sobras de caixa da entidade beneficiária do repasse relativas ao mês anterior.

**DUAS
CPI'S NA
ALESP
SOBRE
OSS'S
DESDE
2018...
AINDA OS
MESMOS
ERROS**

Cumpra, pois, enfrentarmos o inadiável desafio de tornar dinâmico, concomitante, transparente e plurilateral o devido processo de prestação de contas. Não se pode mais controlar os repasses havidos no âmbito do SUS apenas na forma de exame posterior de pagamentos unitários por serviços em cada negócio jurídico isoladamente celebrado com cada entidade do terceiro setor.

O desafio presente é o de promover avaliação global de desempenho das pessoas jurídicas beneficiárias de repasses, comparando-as, expondo-as ao escrutínio público e fomentando o aperfeiçoamento da sua relação com o Estado por meio de prêmio de produtividade, mediante metas de cobertura progressiva da demanda reprimida, redução amplamente divulgada dos custos e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica.

Provar a integridade do manejo de recursos públicos no ciclo orçamentário é algo que interessa difusamente a todos os interessados. Desse modo, abre-se caminho para o compartilhamento do dever de defesa do erário e de alcance adequado das finalidades constitucionais da política pública de saúde.

DEVER DE GASTO MÍNIMO MATERIAL EM ASPS'S

GASTO MÍNIMO CONTÁBIL-FORMAL

- Gasto formal desconhece o planejamento setorial e as obrigações constitucionais legais de fazer, a despeito de cumprir as fronteiras do permitido e vedado dos arts. 3º e 4º da LC 141/2012



GASTO MÍNIMO MATERIAL

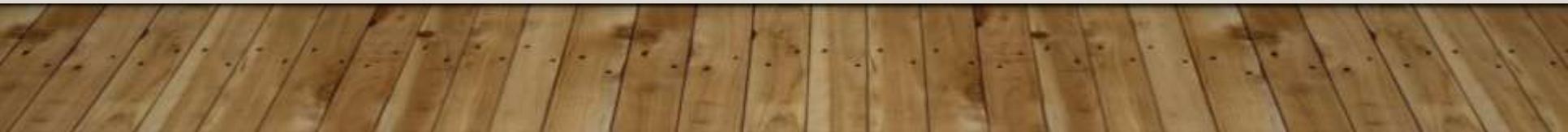
- Gasto material leva em conta a pactuação na CIT e na CIB, bem como retoma a série histórica de demandas judiciais, cumpre as ressalvas ao RAG do controle social e respeita o planejamento setorial da saúde

DESAFIOS MAIS PREMENTES PARA A MACROJUSTIÇA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

- Conter o retrocesso no piso dado pelo art. 110 do ADCT, introduzido pela EC 95/2016 (riscos no decreto de programação financeira)
- Déficits sobretudo estaduais de aplicação e o piso de 13,2% (?) da RCL em 2016 da União – medida cautelar na ADI 5595 ainda precisa ser confirmada
- Tempestividade dos duodécimos
- Responsabilidade pela gestão dos recursos e disponibilidade financeira real no Fundo de Saúde
- Quadro de pessoal: seleção, remuneração e capacitação
- Troca-troca de gestores (necessidade de mínima autonomia operacional do SUS)

SUBFINANCIAMENTO

GESTÃO



DESAFIOS MAIS PREMENTES PARA A MACROJUSTIÇA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

- Força vinculante da pactuação na CIT e CIB
- Encampação do objeto das ASPS pela União nos estados sob recuperação fiscal, para assegurar a continuidade dos serviços – intervenção só na segurança pública?
- Excesso de HPP's e falta de regionalização
- Controle da Terceirização
- Acompanhamento das metas físicas e financeiras do planejamento setorial
- Aperfeiçoamento do SIOPS

SUBFINANCIAMENTO

GESTÃO