UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE E ATUÁRIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE

HELEN CRISTINA SILVA OLIVEIRA

Desempenho do Contrato de Gestão e a Situação Econômico-Financeira dos Hospitais Gerais Administrados por Organizações Sociais de Saúde: uma análise no Estado de São Paulo.

São Paulo
2016

Prof. Dr. Marco Antonio Zago
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Adalberto Américo Fischmann
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Gerlando Augusto Sampaio Franco de Lima
Chefe do Departamento de Contabilidade e Atuária

Prof. Dr. Luiz Paulo Lopes Fávero
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Contabilidade e Controladoria

HELEN CRISTINA SILVA OLIVEIRA

Desempenho do Contrato de Gestão e a Situação Econômico-Financeira dos Hospitais Gerais Administrados por Organizações Sociais de Saúde: uma análise no Estado de São Paulo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade do Departamento de Contabilidade da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Meirelles Salotti
Coorientadora: Profa. Dra. Patrícia Siqueira Varela

Versão Corrigida

(versão original disponível na Biblioteca da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade)

SÃO PAULO

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Seção de Processamento Técnico do SBD/FEA/USP

Oliveira, Helen Cristina
Desempenho do contrato de gestão e a situação econômico-financeira dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde: uma análise no Estado de São Paulo / Helen Cristina Oliveira. -- São Paulo, 2016.
272 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2016.
Orientador: Bruno Meirelles Salotti.
Co-orientador: Patrícia Siqueira Varela.

1. Contrato de gestão 2. Organização social de saúde 3. Desempenho 4. Indicadores econômico-financeiros I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. II. Título.

CDD – 658.3

Ao meu esposo, Rafael de Brito Bonates pelo amor demonstrado e aos meus pais, Vitor e Ester Oliveira, pelo exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus pelo dom da vida e pelo privilégio de concluir mais esta etapa. Foram anos marcantes de grande aprendizado, amadurecimento, transformação e bênçãos sem fim.

Agradeço aos meus pais, Vitor Alves de Oliveira e Ester Rodrigues da Silva Oliveira e à minha família pelo constante apoio e motivação, por compreender a ausência, por incentivar nos momentos difíceis, acalmar em momentos de desespero e pelas incessantes orações a meu favor.

Ao meu esposo, Rafael de Brito Bonates, pelo apoio, pela compreensão, atenção, disposição em participar e compartilhar comigo desta difícil jornada acadêmica. Obrigada por me acompanhar, me incentivar desde o início, por me mostrar o verdadeiro sentido da palavra amor e companheirismo e por se tornar meu marido ao longo do programa de mestrado.

Aos amigos da FEA da turma de mestrado e doutorado de 2014.1 do Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade, pelo aprendizado e pela convivência rica e harmoniosa que deixou saudades.

Aos meus professores e orientadores, Prof. Dr. Bruno Meirelles Salotti e Prof.ª. Dra. Patrícia Siqueira Varela por compartilhar comigo dos desafios e angústias que é estudar o setor sem fins lucrativos, pelas críticas e sugestões valiosas apresentadas e pela disposição em orientar uma novata pesquisadora.

Agradecimento especial à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro e aos membros da comissão julgadora, Prof.ª Dra. Regina Silvia Viotto Monteiro Pacheco, Prof. Dr. Amaury José Rezende e Prof. Dr. Fernando Dal-Ri Murcia, pela leitura atenta da dissertação e pelas preciosas contribuições.

A coorientação desta dissertação foi realizada no âmbito do projeto de pesquisa objeto do Auxílio Regular à Pesquisa - Processo nº 2015/06395-2, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade do autor e não necessariamente refletem a visão da FAPESP.

Obrigada Senhor por tantas bênçãos!

“Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém. ”

Romanos 11:36

RESUMO

Oliveira, H.C.S. (2016). *Desempenho do contrato de gestão e a situação econômico-financeira dos Hospitais Gerais administrados por Organizações Sociais de Saúde: uma análise no Estado de São Paulo*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A opção de transferir para organizações sem fins lucrativos a prestação de serviços públicos já faz parte da realidade de diversos países, entre eles o Brasil. O processo chamado de contratualização se estabeleceu após o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado trazendo consigo a possibilidade de transferência dos serviços não-exclusivos do Estado para o setor público não-estatal ou terceiro setor, por meio da Lei Complementar nº. 846/98 que regulamenta as Organizações Sociais no Estado de São Paulo. A contratualização baseada em desempenho implica na transferência de responsabilidades e competências com base em acordo formal denominado contrato de gestão, em que o pagamento realizado pelo governo baseia-se na realização de resultados pré-determinados. O desempenho do contrato de gestão dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde implica em avaliar e acompanhar se os objetivos do contrato estão sendo atendidos quanto as metas quantitativas, qualitativas, valores de subvenção governamental, incentivos e sanções, isto é, se a execução contratual condiz com o desenho e especificação do contrato. O desenho e especificação do documento contratual deveria refletir a realidade do acordo celebrado entre Organização Social de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, ao estabelecer metas, responsabilidades e obrigações. A pesquisa apresenta como objetivo geral analisar o desempenho dos contratos de gestão celebrados entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Organizações Sociais de Saúde que administram os hospitais gerais no Estado de São Paulo e identificar por meio da eficiência técnica dos hospitais a relação com a situação econômico-financeira das entidades. Para a análise foi utilizada uma amostra de 15 hospitais gerais em 2012 e 18 para o ano de 2013. O resultado da situação econômico-financeira, extraída das demonstrações contábeis, apontam para uma significativa fragilidade dos hospitais, pois muitos registram elevados índices de endividamento, dependência de capital de terceiros, patrimônio social negativo e rentabilidade negativa. Para a análise da hipótese, o estudo utilizou a metodologia de Análise Envoltória dos Dados para a definição da eficiência técnica dos hospitais gerais considerando os dados de estrutura (*inputs*) e a quantidade assistencial produzida (*outputs*). Esta análise segregou os hospitais em dois grupos e o resultado demonstra que em 2012, 47% dos hospitais foram considerados eficientes e para 2013 foram 61% hospitais gerais. A hipótese de pesquisa foi parcialmente aceita, não sendo possível generalizar os resultados e afirmar que os hospitais gerais eficientes apresentam melhores resultados econômico-financeiros analisados com base nas demonstrações contábeis. A matriz de correlação de Pearson indica que existe uma correlação fraca e moderada entre o desempenho do contrato de gestão e os indicadores econômico-financeiros, evidenciando que a variação na produção assistencial do hospital geral afeta parcialmente a situação econômico-financeira da entidade.

Palavras-chave: contrato de gestão, desempenho, indicadores econômico-financeiros, organizações sociais de saúde.

ABSTRACT

Oliveira, H.C.S. (2016). *Contract management performance and the economic-financial situation from the general hospitals managed by Health Social Organizations: an analysis in the State of São Paulo*. (Master's thesis). School of Economics, Business and Accounting, University of São Paulo, São Paulo.

The option to transfer to non-profit organization the delivery of public services is already part of the reality of several countries, including Brazil. The process named contracting took place in Brazil after the Master Plan for the State Apparatus Reform (PDRAE in Brazil) bringing with it the possibility of transferring the state non-exclusive services to the third sector, through the Complementary Law nº. 846/98 that regulates the Social Organizations in the State of São Paulo. The performance-based contracting entails the transfer of responsibilities and competencies based on a formal agreement called management contract, in which the payment to non-profit made by government is based on achieving predetermined results. The contract management performance from the general hospitals managed by health social organizations, involves assessing, monitoring whether the contract objectives are being accomplished related to quantitative, and qualitative goals, the government financial resources, incentives and sanctions, in other words, implies in evaluating if the contract performance is consistent with the design and contract specifications. The contract design and specification should reflect the reality of the agreement between Health Social Organization and State Office of Health from the São Paulo state, in terms of goals, responsibilities and obligations. The present research presents as general objective to analyze the contract management performance established between the State Office of Health from the São Paulo state and the Health Social Organization that manages the general hospitals in the state of Sao Paulo and identity through the technical efficiency the relations with the economic-financial situation of these entities. The sample included 15 general hospitals analyzed in 2012 and 18 for the year of 2013. The results of the economic-financial situation extracted from the financial statements indicates a significative fragility of many general hospitals managed by health social organization in terms of liquidity, profitability and capital structure. The hypothesis analyzed in the study used the Data Envelopment Analysis methodology (DEA) in order to define the general hospitals technical efficiency considering the hospital structure data (inputs) and the quantity of service performed by the hospital (outputs). The analysis segregated the hospitals in two groups and the results demonstrates that 47% of the hospitals were considered efficient in 2012 and 61% efficient hospitals related to 2013. The research hypothesis was partially accepted but it is not possible to generalize the results and affirm that general hospitals classified as efficient presents better economic-financial results analyzed based on financial statements. The Pearson correlation matrix indicates a weak and moderate correlation between the management contract performance and the economic-financial index proving that a variation on the quantity of service rendered by the hospitals affect partially the entity economic-financial situation.

Key-words: contract management, health social organization, economic-financial index, performance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desdobramento da Teoria da Agência na contratualização. 34
Figura 2. Porcentagem do Passivo comprometido com Provisão para Contingências..... 176

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Objetivos Globais e Específicos do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado 48
Tabela 2 - Definições de contratualização e contratualização baseada em desempenho 57
Tabela 3 - Diferenças entre risco moral e seleção adversa 63
Tabela 4 - Definição de termos 67
Tabela 5 - Indicadores econômico-financeiros selecionados para análise 85
Tabela 6 - Relação das Organizações Sociais de Saúde 88
Tabela 7 - Relação da amostra com as Organizações Sociais de Saúde que administram os Hospitais Gerais do Estado de São Paulo referente ao período de 2012 e 2013 95
Tabela 8 - Vigência do Contrato de Gestão 96
Tabela 9 - Documentos utilizados na pesquisa 98
Tabela 10 - Características do Contrato de Gestão 100
Tabela 11 - Variáveis de estudo aplicadas às organizações sociais de saúde 101
Tabela 12 - Etapas para análise dos dados da pesquisa 103
Tabela 13 - Resumo das variáveis utilizadas no modelo 108
Tabela 14 - Indicadores Econômico-Financeiros utilizados na pesquisa 109
Tabela 15 - Perfil dos Hospitais Gerais 115
Tabela 16 - Área de atuação dos hospitais gerais 117
Tabela 17 - Avaliação e Valoração nas Quantidades de Atividade Assistencial 121
Tabela 18 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Carapicuíba 122
Tabela 19 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão - HGC 2012 123
Tabela 20 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGC – 2013. 123
Tabela 21 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Itapevi 124
Tabela 22 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGI – 2012 124
Tabela 23 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGI – 2013 125
Tabela 24 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Pedreira 126
Tabela 25 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGP – 2013. 126
Tabela 26 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Franco da Rocha 127
Tabela 27 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEFR – 2012 127
Tabela 28 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEFR – 2013 128

Tabela 29 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Francisco Morato 129

Tabela 30 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEFM – 2012 129

Tabela 31 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEFM – 2013 129

Tabela 32 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Guarulhos. 130

Tabela 33 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGGuarulhos – 2012..... 131

Tabela 34 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGGuarulhos – 2013..... 131

Tabela 35 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Itaquaquecetuba. 132

Tabela 36 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGItaqua- 2012 133

Tabela 37 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGItaqua- 2013 133

Tabela 38 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Itaim Paulista..... 134

Tabela 39 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGItaim- 2012 134

Tabela 40 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGItaim- 2013 135

Tabela 41 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Sapopemba ... 135

Tabela 42 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HESAP- 2012 136

Tabela 43 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HESAP- 2013 136

Tabela 44 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Vila Alpina ... 137

Tabela 45 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEVA- 2012 138

Tabela 46 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEVA- 2013 138

Tabela 47 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Itapecerica da Serra 139

Tabela 48 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGIS- 2012139

Tabela 49 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGIS- 2013140

Tabela 50 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Regional de Cotia..... 140

Tabela 51 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HRC- 2013 141

Tabela 52 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Grajaú 141

Tabela 53 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGG- 2012 142

Tabela 54 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGG- 2013 142
Tabela 55 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Regional de Presidente Prudente 143
Tabela 56 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HRPP- 2012 144
Tabela 57 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HRPP- 2013 144
Tabela 58 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual João Paulo II 145
Tabela 59 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEJP II- 2012 145
Tabela 60 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEJP II- 2013 145
Tabela 61 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Regional de Porto Primavera 146
Tabela 62 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEPORTO 2012 147
Tabela 63 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEPORTO 2012 147
Tabela 64 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Santo André .. 148
Tabela 65 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HESTO - 2012 149
Tabela 66 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HESTO - 2013 149
Tabela 67 - Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Bauru 150
Tabela 68 - Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEBAURU- 2013 150
Tabela 69 - Relação de hospitais que receberam aporte financeiro para reequilíbrio 151
Tabela 70 - Consolidado quantidade anual de produção assistencial – contratado e realizado - 2012 153
Tabela 71 - Consolidado quantidade anual de produção assistencial – contratado e realizado - Total de 2012 153
Tabela 72 - Consolidado quantidade anual de produção assistencial – contratado e realizado - 2013 154
Tabela 73 - Consolidado quantidade anual de produção assistencial – contratado e realizado - Total de 2013 155
Tabela 74 - Subvenção Governamental contratada e realizada (em milhares de reais) 157
Tabela 75 - Desempenho dos Indicadores de Qualidade 159
Tabela 76 - Percentual da verba de custeio gasto com pessoal no ano de 2012 163
Percentual da verba de custeio gasto com pessoal no ano de 2012 163
Tabela 77 - Percentual da verba de custeio gasto com pessoal no ano de 2013 164

Tabela 78 - Variáveis utilizadas no modelo DEA 166
Tabela 79 - Resultado da Eficiência Técnica dos Hospitais Gerais 167
Tabela 80 - Resultado Consolidado da Eficiência Técnica dos Hospitais Gerais referente a 2012 168
Tabela 81 - Resultado Consolidado da Eficiência Técnica dos Hospitais Gerais referente a 2013 168
Tabela 82 - Teste de Mann Whitney comparando leitos hospitalares e eficiência técnica 168
Tabela 83 - Divulgação realizada pelos Hospitais Gerais em 2012 e 2013 170
Tabela 84 - Resultado do Teste *Mann Whitney* 177
Tabela 85 - Indicadores Econômico-financeiros dos Hospitais Gerais classificados como eficientes e ineficientes para 2012 178
Tabela 86 - Indicadores Econômico-financeiros dos Hospitais Gerais classificados como eficientes e ineficientes para 2013 178
Tabela 87 - Matriz de Correlação entre as variáveis explicativas – 2012 181
Tabela 88 - Matriz de Correlação entre as variáveis explicativas – 2013 181
Tabela 89 - Comparativo com dados utilizados na etapa 1, 2 e características adicionais 184
Tabela A1 - Hospital Geral Doutor Francisco de Moura Coutinho Filho – Hospital Geral de Carapicuíba 199
Tabela A2 - Hospital Geral de Itapevi 202
Tabela A3 - Hospital Geral de Pedreira 204
Tabela A4 - Hospital Estadual “ Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho” em Franco da Rocha 206
Tabela A5 - Hospital Estadual “Professor Carlos da Silva Lacaz” de Francisco Morato 208
Tabela A6 - Hospital Geral “Professor Doutor Waldemar de Carvalho Pinto Filho” de Guarulhos. 210
Tabela A7 - Hospital Geral de Itaquaquecetuba 212
Tabela A8 - Hospital Geral do Itaim Paulista 214
Tabela A9 - Hospital Estadual “Valdemar Sunhiga” de Sapopemba 216
Tabela A10 - Hospital Estadual “Henrique Altimeyer” de Vila Alpina 218
Tabela A11 - Hospital Geral de Itapecerica da Serra 221
Tabela A12 - Hospital Regional de Cotia 223
Tabela A13 - Hospital Estadual Professor Liberato John Alphonse di Dio do Grajaú 225
Tabela A14 - Hospital Regional de Presidente Prudente 228
Tabela A15 - Hospital Estadual João Paulo II – São José do Rio Preto 231
Tabela A16 - Hospital Regional de Porto Primavera 233
Tabela A17 - Hospital Estadual “Mário Covas” de Santo André 236
Tabela A18 - Hospital Estadual de Bauru “Arnaldo Prado Curvello” 240

Tabela B1 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Carapicuíba 2012 243
Tabela B2 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Carapicuíba 2013 244
Tabela B3 - Conciliação Final Quantidades Contratadas e Realizadas - Hospital Geral de Carapicuíba 244
Tabela B4 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itapeví 2012 245
Tabela B5 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itapeví 2013 245
Tabela B6 - Conciliação Final Quantidades - Hospital Geral de Carapicuíba 246
Tabela B7 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Pedreira 2013 246
Tabela B8 - Conciliação Final Quantidades - Hospital Geral de Pedreira 247
Tabela B9 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Franco da Rocha 2012 247
Tabela B10 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Franco da Rocha 2013 248
Tabela B11 - Conciliação Final Quantidades - Hospital Estadual de Franco da Rocha 248
Tabela B12 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Francisco Morato 2012 249
Tabela B13 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Francisco Morato 2013 249
Tabela B14 - Conciliação Final Quantidades - Hospital Estadual de Francisco Morato 250
Tabela B15 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Guarulhos 2012..... 250
Tabela B16 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Guarulhos 2013..... 251
Tabela B17 - Conciliação Final - Hospital Geral de Guarulhos 251
Tabela B18 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itaquaquecetuba 2012 252
Tabela B19 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itaquaquecetuba 2013 252
Tabela B20 - Conciliação Final - Hospital Geral de Itaquaquecetuba 253
Tabela B21 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itaim Paulista 2012 .. 253
Tabela B22 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itaim Paulista 2013 .. 254
Tabela B23 - Conciliação Final - Hospital Geral de Itaim Paulista 254
Tabela B24 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Sapopemba 2012. 255
Tabela B25 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Sapopemba 2013. 256
Tabela B26 - Conciliação Final - Hospital Estadual de Sapopemba 256
Tabela B27 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Vila Alpina 2012. 257
Tabela B28 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Vila Alpina 2013. 258
Tabela B29 - Conciliação Final - Hospital Estadual de Vila Alpina 258
Tabela B30 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itapecerica da Serra 2012 259

Tabela B31 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itapecerica da Serra 2013 260
Tabela B32 - Conciliação Final - Hospital Geral de Itapecerica da Serra 260
Tabela B33 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Cotia 2013 261
Tabela B34 - Conciliação Final - Hospital Regional de Cotia..... 261
Tabela B35 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Grajaú 2012..... 262
Tabela B36 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Grajaú 2013..... 262
Tabela B37 - Conciliação Final- Hospital Geral de Grajaú 263
Tabela B38 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Presidente Prudente 2012..... 263
Tabela B39 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Presidente Prudente 2013..... 264
Tabela B40 - Conciliação final - Hospital Regional de Presidente Prudente 264
Tabela B41 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual João Paulo II 2012 .. 265
Tabela B42 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual João Paulo II 2013 .. 265
Tabela B43 - Conciliação final - Hospital Estadual João Paulo II..... 266
Tabela B44 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Porto Primavera 2012 266
Tabela B45 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Porto Primavera 2013 267
Tabela B46 - Conciliação final - Hospital Regional de Porto Primavera 267
Tabela B47 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Santo André 2012268
Tabela B48 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Santo André 2013268
Tabela B49 - Conciliação final - Hospital Estadual de Santo André..... 269
Tabela B50 - Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Bauru 2013..... 269
Tabela B51 - Conciliação Final - Hospital Estadual de Bauru 270

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
AME	Ambulatórios Médicos de Especialidade
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASOBAT	A Statement of Basic Accounting Theory
ATAM	Atendimento Ambulatorial
ATUR	Atendimento às Urgências
BP	Balanço Patrimonial
CA	Cirurgia Ambulatorial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCP	Capital Circulante Próprio
CE	Composição do Endividamento
CEAC	Centros Estaduais de Análises Clínicas
CEADIS	Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CGCSS	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CIAM	Cirurgia Ambulatorial
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPC	Comitê de Pronunciamentos Contábeis
CRI	Centro de Referência do Idoso
CROSS	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DEA	Data Envelopment Analysis
DFC	Demonstração dos Fluxos de Caixa
DMPL	Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido
DMU	Decision Making Units
DOESP	Diário Oficial do Estado de São Paulo
DRE	Demonstração do Resultado do Exercício
DRG	Diagnose-Related Group
DRS	Departamento Regional de Saúde
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência

FAMESP	Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FASB	Financial Accounting Standards Board
GGA	Grupo de Gerenciamento Administrativo da Secretaria da Saúde
HD	Hospital Dia
HEBAURU	Hospital Estadual de Bauru
HEFM	Hospital Estadual de Francisco Morato
HEFR	Hospital Estadual de Franco da Rocha
HEJP II	Hospital Estadual João Paulo II
HEPORTO	Hospital Regional de Porto Primavera
HERP	Hospital Estadual de Ribeirão Preto
HESAP	Hospital Estadual de Sapopemba
HESTO	Hospital Estadual de Santo André
HEVA	Hospital Estadual de Vila Alpina
HGC	Hospital Geral de Carapicuíba
HGG	Hospital Geral de Grajaú
HGGuarulhos	Hospital Geral de Guarulhos
HGI	Hospital Geral de Itapeví
HGIS	Hospital Geral de Itapecerica da Serra
HGItaim	Hospital Geral de Itaim Paulista
HGItaqua	Hospital Geral de Itaquaquecetuba
HGP	Hospital Geral de Pedreira
HODI	Hospital Dia
HRC	Hospital Regional de Cotia
HRPP	Hospital Regional de Presidente Prudente
IASB	Internacional Accounting Standards Board
INTE	Internação
IPL	Imobilização do Patrimônio Líquido
ITG	Interpretação Técnica Geral
LC	Liquidez Corrente
LI	Liquidez Imediata
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
NE	Notas Explicativas
NGP	Nova Gestão Pública
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

NPM	New Public Management
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PCT	Participação de Capitais de Terceiros
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PL	Patrimônio Líquido
PNP	Programa Nacional de Publicização
ROA	Return on Assets
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SECONCI	Serviço Social da Construção Civil
SEDI	Serviços de Diagnóstico por Imagem
SEFAZ	Secretaria da Fazenda
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIC	Serviço de Informações ao Cidadão
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo Aditivo
TCE	Tribunal de Contas do Estado

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 27
1.1. Contextualização 27
1.2. Contratualização no contexto das Organizações Sociais de Saúde 32
1.3. Problema de Pesquisa 35
1.4. Hipótese 36
1.5. Objetivos da Pesquisa 37
1.6. Justificativas e Contribuições 38
1.7. Limitações da Pesquisa 40
1.8. Estrutura do trabalho 42

2. REFERENCIAL TEÓRICO 43
2.1. O Terceiro Setor 43
2.2. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado 45
2.3. Organizações Sociais e Organizações Sociais de Saúde 50
2.4. Contratualização 54
2.4.1. Fases da Contratualização 58
2.4.2. Fatores que podem influenciar o êxito no processo de contratualização 59
2.5. Teoria da Agência 60
2.6. Desempenho e Monitoramento 64
2.6.1. Desempenho do Contrato 65
2.6.2. Desempenho da Contratualização 69
2.7. Eficiência Técnica dos Hospitais 73
2.8. Definição de contabilidade e o seu papel nas organizações 75
2.9. Situação Econômico-Financeira e Indicadores 78
2.9.1. Descrição dos Indicadores 82
2.9.1.1. Indicadores de Estrutura de Capital 82
2.9.1.2. Indicadores de Liquidez 83
2.9.1.3. Indicador de Rentabilidade 83
2.9.1.4. Avaliação dos Índices 84

3. METODOLOGIA 87
3.1. Classificação da pesquisa 87
3.2. População e amostra 88
3.2.1. Delimitação da amostra 89
3.3. Levantamento dos dados 96
3.4. Desenho e Especificação do Contrato de Gestão 99
3.5. Variáveis do estudo 101
3.6. Método de análise dos dados 102
3.6.1. Etapas da pesquisa 103
3.6.1.1. Etapa 1 103
3.6.1.2. Etapa 2 106
3.6.1.3. Etapa 3 108
3.6.1.4. Etapa 4 110

4. RESULTADOS 111
4.1. Perfil dos hospitais analisados 111
4.2. Desempenho Assistencial 119

4.2.1. Quantidade de serviços contratados e realizados ***119***
4.2.2. Análise Individualizada dos Hospitais Gerais ***121***
4.2.2.1. Hospital Geral de Carapicuíba *122*
4.2.2.2. Hospital Geral de Itapevi *123*
4.2.2.3. Hospital Geral de Pedreira *125*
4.2.2.4. Hospital Estadual de Franco da Rocha *126*
4.2.2.5. Hospital Estadual de Francisco Morato *128*
4.2.2.6. Hospital Geral de Guarulhos *130*
4.2.2.7. Hospital Geral de Itaquaquecetuba *132*
4.2.2.8. Hospital Geral de Itaim Paulista *133*
4.2.2.9. Hospital Estadual de Sapopemba *135*
4.2.2.10. Hospital Estadual de Vila Alpina *137*
4.2.2.11. Hospital Geral de Itapecerica da Serra *138*
4.2.2.12. Hospital Regional de Cotia *140*
4.2.2.13. Hospital Geral de Grajaú *141*
4.2.2.14. Hospital Regional de Presidente Prudente *142*
4.2.2.15. Hospital Estadual João Paulo II *144*
4.2.2.16. Hospital Regional de Porto Primavera *146*
4.2.2.17. Hospital Estadual de Santo André *147*
4.2.2.18. Hospital Estadual de Bauru *149*
4.2.3. Análise Consolidada dos Hospitais Gerais ***151***
4.3. Subvenção Governamental **156**
4.4. Indicadores de Qualidade **158**
4.5. Despesas com pessoal **160**
4.6. Teste de Eficiência e Indicadores econômico-financeiros **165**
4.6.1. Análise dos Indicadores econômico-financeiros ***168***
4.6.2. Teste de Mann Whitney ***176***
4.7. Análise da Correlação dos Resultados **180**

5. CONCLUSÃO **185**
5.1. Implicações do estudo **189**

REFERÊNCIAS **191**

APÊNDICE A – Resumo das informações apresentadas no Contrato de Gestão e Termos de Retirratificação das Organizações Sociais de Saúde em parceria com a SES. **199**

APÊNDICE B - Conciliação das quantidades contratadas e realizadas pelos hospitais gerais. **243**

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

Nas últimas décadas, os governos de diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento têm se deparado com o dilema entre produzir o serviço público ou contratualizar esta tarefa para empresas privadas e organizações sem fins lucrativos que possam atuar em parceria com o Estado ("*make or buy decision*") (Amagoh, 2009; Brown, Potoski, & Van Slyke, 2006; Preker, Harding, & Travis, 2000).

No Brasil, o terceiro setor é composto por entidades sem fins lucrativos, de direito privado, sejam elas, associações, fundações, sindicatos, cooperativas, igrejas, organizações sociais, sociedade civil, entre outros. Estas entidades exercem atividades voltadas a fins públicos tais como assistência social, saúde, educação, técnico-científica, esportiva, religiosa, política, cultural, beneficente, social e outras, conforme estabelece a Interpretação Técnica Geral (Conselho Federal de Contabilidade, 2012).

Definir o terceiro setor não é simples. Para E. M. F. Silva e Aguiar (2001), o terceiro setor representa "aquilo que não é público nem privado" (p. 4), que é não governamental, não possuem fins lucrativos, possuem como objetivo benefícios coletivos públicos e " são capazes de auxiliar o Estado no cumprimento de seus afazeres, atentando para as desigualdades vigentes no país e incapacidade do Estado em desempenhar com eficiência as atividades que lhe são atribuídas" (p. 5).

A parceria entre o setor estatal e o terceiro setor não é recente e apresenta inúmeros desafios para a administração pública, especialmente na área da saúde que é considerada uma das principais áreas de investimento do orçamento público e é motivo de inquietação na sociedade (Donadone, 2014).

Como parte dos direitos sociais estabelecidos pela Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde tornou-se um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado, e este tem como responsabilidade providenciar e regular políticas econômicas e sociais, bem como prover condições que possibilitem o acesso igualitário da população às ações do Estado, com o propósito de garantir à sociedade condições de bem-estar por meio da redução do risco de doenças (Art. 06 e Art.196).

Para Barbosa (2013), o texto constitucional representa a maior relevância para a saúde, pois define os princípios doutrinários incluindo o acesso universal e igualitário aos serviços de

saúde, além das características de descentralização, equidade, atendimento integral e participação da comunidade (CF/88 - Art.198).

A década 90, segundo Tibério, Souza, e Sarti (2010), foi marcada por alterações nas atribuições do Estado, falta de recursos financeiros e insatisfação da população referente à prestação de serviços públicos. Assim, para atender a demanda de saúde, em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, 1990), tendo como característica uma gestão regionalizada e exercida por diferentes esferas do Governo – Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde Estadual – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, e Municipal no âmbito dos municípios (Art. 9).

Ainda na primeira década de atuação do SUS, uma reforma no setor da saúde foi necessária, suscitando medidas imediatas para a contenção de custos e controle dos gastos. Com isso deu origem a discussão acerca da transferência de algumas subfunções do governo (atividades não exclusivas do Estado) para empresas privadas e terceiro setor.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) que ocorreu também na década de 90, representou para o terceiro setor no Brasil um marco significativo, pois deu início a uma nova dimensão para a participação das organizações sem fins lucrativos na prestação de serviços não-exclusivos do Estado. A introdução do conceito de setor público não-estatal cria também uma forma inovadora de parceria entre Estado e sociedade, principalmente para as chamadas Organizações Sociais (OS).

A partir da reforma administrativa do Estado definida pela Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, e a promulgação da Lei Complementar nº 846/98, que versa sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais no Estado de São Paulo, iniciou-se a possibilidade de transferência das atividades não exclusivas do Estado para o setor público não estatal, ou seja, a inclusão da participação do terceiro setor com o intuito de aumentar a governança do Estado em gerir com efetividade e eficiência e aumentar a qualidade dos serviços públicos (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995).

De acordo com a Lei Complementar nº 1.095, de 18 de setembro de 2009 (Lei Complementar n° 1.095, 2009), as organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que possuem qualificação técnica para dirigir atividades relativas à saúde, cultura, esporte e atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência.

A legislação federal definiu a criação das entidades como organizações sociais pela Lei Federal nº 9.637 de 15 de maio de 1998 (Lei Federal nº 9.637, 1998), promulgada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, ressaltando que cada Estado deveria emitir legislação específica para as denominadas Organizações Sociais. Deste modo, o Estado de São Paulo sob

a gestão do Governador Mário Covas, promulgou a Lei Complementar nº. 846 de 04 de junho de 1998, estabelecendo as diretrizes sobre a criação e qualificação de Organizações Sociais no Estado de São Paulo. Diversas alterações ocorreram nesta lei desde então, incorporando principalmente especificidades da área da saúde e cultura.

O processo de contratualização tem sido bastante discutido por pesquisadores internacionais, especialmente a partir da década de 80 com o advento do *New Public Management* (NPM) que inseriu princípios de mercado e técnicas gerenciais do mercado privado no setor público, tais como: descentralização da gestão, ênfase na qualidade dos serviços, inserção de medidas de desempenho, maior ênfase em *accountability* e uso eficiente dos recursos (Fryer, Antony, & Ogden, 2009; Kavaliauskaite & Jucevicius, 2010).

Kavaliauskaite e Jucevicius (2010) afirmam que nas três últimas décadas pesquisadores discutem a eficiência do setor público, bem como as motivações para o governo optar pelo processo de contratualização. Discutir os efeitos da contratualização no setor público divide a opinião dos estudiosos em prós - melhores resultados, melhor eficiência dos serviços públicos e redução de custos, e contras – melhoria não evidente ou inferior na qualidade dos serviços, desempenho ruim e falta de transparência.

No Brasil, a reforma do Estado trouxe também uma visão de descentralização conforme abordado por Bresser-Pereira (2008):

> Na reforma da gestão pública, a descentralização é obtida pela transferência da prestação de serviços para agências e organizações sociais. A formulação de políticas continua centralizada, mas a autoridade pode delegar poderes na medida em que pode usar eficazmente mecanismos de responsabilidade gerencial. Enquanto os mecanismos de controle burocrático implicam uma organização centralizada, os mecanismos de responsabilidade gerencial são compatíveis com a descentralização — uma descentralização que não significa reduzir, mas aumentar o controle gerencial sobre os resultados (p. 401).

Para Domberger e Jensen (1997), contratualização é “o compromisso de uma organização em fornecer serviços, designado por um contrato e seguido por uma proposta competitiva” (p. 68), ou seja, o governo abre competição (*bidding*) para um conjunto de atividades econômicas as quais eram anteriormente imunes a isto com o objetivo de prover os serviços ao menor custo possível.

Trosa (2010) ressalta que, mais do que uma forma jurídica com regras claras negociadas, o contratualismo deveria ser visto como um encontro de iniciativas, um novo sistema de relações em que cada contratante possui obrigações, evitando a abordagem de um Estado paternalista, mas sem que ele abra mão do controle, da gestão de políticas públicas e do monitoramento do desempenho contratual do agente, visando a dirimir os riscos e monitorar o desempenho do contratado.

Contratualizar pode envolver contratos de três formas: (i) com empresas que possuem finalidade lucrativa; (ii) organizações sem fins lucrativos; (iii) e parcerias entre um governo e outro (Brown et al., 2006). Amagoh (2009) ressalta que cada acordo pode possuir uma motivação diferente, pois empresas com fins lucrativos geralmente são impulsionadas pelo lucro e tem como foco inovação e eficiência, em contraste com as organizações sem fins lucrativos que tendem a compartilhar de objetivos similares ao governo permitindo assim a possibilidade de uma relação de parceria mais confiável.

O processo de contratualização passa por três fases: avaliação da viabilidade, que implica na capacidade de analisar se o bem ou serviço deve ser produzido internamente pelo governo ou contratualizado (*make or buy decision*); capacidade de implementação, que refere-se à abertura do processo de competição com os fornecedores, escolha do prestador de serviço, negociação e elaboração do contrato (inclui o processo de desenho e especificação do contrato); e capacidade de avaliação da contratualização, ou seja, a atividade de monitorar e avaliar o desempenho do contratado para determinar se está de acordo com as atribuições especificadas em contrato (Brown & Potoski, 2003; Domberger & Hensher, 1993; Yang, Hsieh, & Li, 2009).

Na relação contratual sob o enfoque prescritivo[1], existem dois papéis principais, nomeados de agente e principal. O agente, também reconhecido como tomador de decisão, estabelece o compromisso de realizar determinadas tarefas para o principal e o principal, reconhecido como avaliador de informação, compromete-se a remunerar o agente (Hendriksen & Breda, 2014).

A Teoria da Agência busca analisar esta relação entre agente e principal. Para Eisenhardt (1989), a base de análise na teoria da agência é o contrato que governa a relação entre agente e principal e o objetivo é determinar o contrato mais eficiente para esta relação. A teoria também se preocupa em explicar o problema do agente e principal quando os objetivos diferem, e quando o principal encontra dificuldades em monitorar o agente, ou este processo é oneroso demais para acompanhar o seu comportamento.

Selviaridis e Wynstra (2015) ressaltam que a Teoria da Agência é uma das principais ao estudar o desenho e gerenciamento dos contratos no processo de contratualização baseada em desempenho (*performance-based contracting*) na relação comprador-provedor.

Em convergência com a literatura e tendo como base a teoria da agência, este trabalho aborda como agente, o contratado ou prestador de serviço responsável por executar o serviço,

[1] Conforme Hendriksen e Breda (2014, p. 134), “no enfoque prescritivo a teoria aborda como indivíduos racionais devem tomar decisões e a considera a incerteza e as situações que envolvem mais de uma pessoa. Na essência, supõe que as pessoas ao tomar decisões tendem a maximizar suas funções de utilidade esperada”.

e como principal o governo e/ou Estado, que é o responsável pela contratação, monitoramento e pagamento do agente (Amagoh, 2009; Lambright, 2009).

O estudo de Jensen e Meckling (1979) foi um dos pioneiros em estudar a teoria da agência juntamente com a teoria dos direitos de propriedade e teoria de finanças, com o objetivo de desenvolver a teoria da estrutura de capital das firmas. O trabalho conclui que é possível minimizar, mas não eliminar os custos de agência, pois os contratos são imperfeitos e demandam custos de monitoramento, porém estes custos existem em toda organização e em qualquer relação de esforço cooperativo. Este compromisso contratual é denominado pelos autores de relação de agência:

> Definimos uma relação de agência como um contrato no qual uma ou mais pessoas (o principal) contrata outra pessoa (o agente) para realizar algum serviço em seu nome o qual envolve delegar certas decisões dando autoridade para o agente. Se ambas as partes na relação são maximizadores de utilidade haverá uma boa razão para acreditar que o agente não irá sempre agir com vistas ao melhor interesse do principal. (Jensen & Meckling, 1979, p. 308)

Custos de Agência refere-se às "despesas ocorridas em função do monitoramento efetuado pelo principal, despesas com a concessão de garantias contratuais por parte do agente e o custo residual" (Jensen & Meckling, 2008, p. 89).

O chamado conflito de agência ocorre quando, na relação entre agente e principal, os interesses e objetivos estão em conflito, o que pode levar o agente a maximizar seus próprios interesses e se esquivar das suas atribuições instituídas em contrato, pois cada parte tende a obter o melhor acordo pensando em seus interesses individuais (Eisenhardt, 1989; Scott, 2014).

Esta complexa relação pode ocorrer devido a fatores como informação ou contratos incompletos e problemas em monitorar o comportamento do agente (Amagoh, 2009), sugerindo a existência de assimetria informacional que ocorre quando uma parte tem mais informações do que a outra, podendo trazer vantagem competitiva para o detentor da informação e o agente pode se esquivar de suas responsabilidades. Para Scott (2014), existem dois principais tipos de assimetria informacional: seleção adversa e risco moral.

Seleção adversa é a situação em que o agente possui mais informação que o principal e pode afetar o processo decisório do agente. Risco moral refere-se à mudança de comportamento do agente e ocorre quando não existe a possibilidade de o principal acompanhar integralmente as ações do mesmo, bem como garantir que este não está se esquivando de suas atribuições. Esta situação pode ser mitigada com incentivos contratuais – econômicos ou não econômicos - que motivem o desempenho do agente (Amagoh, 2009; Scott, 2014).

1.2. Contratualização no contexto das Organizações Sociais de Saúde

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e que exercem atividades dirigidas a área da saúde (Lei Complementar nº 846, 1998). Elas atuam como um "braço" do Estado e podem receber recurso financeiro público devidamente instituído no orçamento público da União, Estado ou Município, por meio do Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei de Orçamento Anual. O recurso financeiro público repassado às organizações sociais representa grande parte da receita da entidade utilizada para o financiamento de suas atividades, exigindo assim transparência na evidenciação da utilização destes recursos para que a sociedade possa acompanhar a gestão dos recursos públicos aplicados na saúde.

Conforme dados extraídos do Portal de Transparência da Secretaria da Saúde do Governo de São Paulo (http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br), existem atualmente 93 acordos formalmente estabelecidos com Organizações Sociais de Saúde que atuam na gestão de hospitais gerais e especializados, 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).

Nesta relação de parceria, o Estado é representado pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES), que por sua vez instituiu a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS) encarregada pela formulação, acompanhamento e monitoramento das parcerias realizadas entre administração pública e as organizações sociais de saúde. O foco deste trabalho é na parceria entre o Estado de São Paulo por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e as OSS que administram os Hospitais Gerais.

O processo de contratualização no Brasil com as OSS apresenta características do conceito de contratualização baseada em desempenho (*performance-based contracting*), pois condiz com a definição apresentada na literatura, tal como a de Martin (1999)[2], ao apontar que um contrato baseado em desempenho é definido como

> um contrato que possui como foco os produtos (*outputs*), qualidade e resultados (*outcomes*) do fornecimento dos serviços e pode associar pelo menos uma porção do pagamento do contratado, bem como qualquer extensão ou renovação do contrato com a realização dele (p. 3).

[2] A performance-based contract is one that focuses on the outputs, quality and outcomes of service provision and may tie at least a portion of contractor's payment as well as any contract extension or renewal to their achievement (Martin, 1999, p. 3).

Estabelecer no contrato o resultado que deve ser produzido faz parte das propriedades do contrato de gestão que é o instrumento de parceria firmado entre a SES e as OSS e tem como objetivo a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços em saúde com foco em eficácia e qualidade, conforme a cláusula primeira do contrato de gestão (http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/).

Conforme indicado pela literatura sobre contratualização (Abramson, 2001; Brown et al., 2006; Shetterly, 2000), o contrato é composto pelo desenho do contrato (*contract design*) e pela especificação do contrato (*contract specification*). No contrato de gestão, o desenho do contrato refere-se ao objetivo geral, os direitos e deveres das OSS e da Secretaria de Estado da Saúde; e a especificação do contrato descrita no Anexo Técnico I (descrição de serviços), Anexo Técnico II (sistema de pagamento) e Anexo Técnico III (indicadores de qualidade) descreve a prestação de serviço a ser realizada, o volume contratado mensal, a agenda de repasse dos recursos financeiros públicos e os indicadores de qualidade estabelecidos para o hospital.

Conforme Domberger e Hensher (1993), o desempenho do contrato refere-se à capacidade de o prestador de serviço executar os serviços de acordo com as especificações do contrato, isto é, o desempenho do contratado sendo avaliado pelo governo por medidas que acompanhem e monitorem a execução do contrato.

Assimetria informacional é inerente à relação entre agente e principal, pois o agente pode não agir de acordo com as especificações do contrato (risco moral) e o principal pode não conseguir observar ou avaliar todas as ações do agente. Deste modo, com o objetivo de alinhar os interesses, o principal estabelece sistemas de incentivos (econômicos ou não) no contrato com o intuito de encorajar o agente a perseguir os mesmos interesses e promover um maior alinhamento entre as partes. As atividades de monitoramento realizadas pelo principal têm o propósito de se certificar que o desempenho está de acordo com as especificações do contrato (Brown et al., 2006; Van Slyke, 2007).

No contexto das OSS, o contrato de gestão apresenta incentivos associados ao repasse de recursos financeiros (parcela variável) e o monitoramento do desempenho do contrato é realizado trimestralmente por órgão competente de controle interno no Ministério da Saúde do Governo de São Paulo, como também anualmente, por órgãos de controle externo como o Tribunal de Contas do Estado e o Ministério Público, conforme especificado na Lei Complementar nº 846 (1998).

Deste modo, conforme apresentado na Figura 1, este estudo utiliza como fundamentação teórica a Teoria da Agência considerando como principal o Estado e as organizações sociais de saúde que administram hospitais gerais, como agente ou prestadores de serviço. Esta relação

está baseada em um contrato de gestão que possui no desenho as atribuições de cada parte envolvida e nas especificações o escopo e descrição dos serviços a serem realizados.

No contrato são estabelecidos mecanismos de incentivo e definidas as ferramentas que mensuram o monitoramento e avaliam o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas especificadas no documento. A avaliação e monitoramento realizado pelo principal tem como objetivo determinar se as ações do agente estão de acordo com as atribuições especificadas em contrato e em alinhamento com o objetivo do principal. O monitoramento realizado pelo órgão de controle interno verifica a execução do contrato e as possíveis variações identificadas no período, para então definir se os mecanismos de incentivos serão aplicados ou não.

As ferramentas de monitoramento são definidas por Lambright (2009) como qualquer fonte de informação usada pelo governo para monitorar insumos, produtos e/ou resultados que um provedor de serviços deve fornecer ao governo como uma condição do contrato celebrado entre as partes.

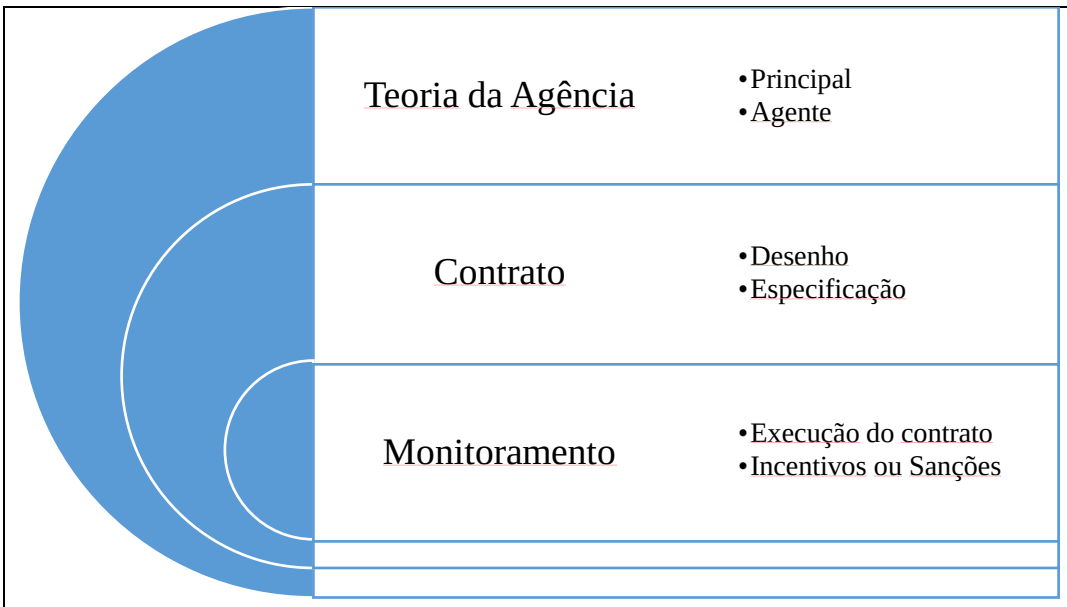

Figura 1. Desdobramento da Teoria da Agência na contratualização.

Analisar o desempenho do contrato de gestão implica na análise da execução contratual, que no contexto das OSS é monitorada principalmente pela CGCSS no Estado de São Paulo.

A Lei Complementar nº 846 (1998) estabelece que os relatórios financeiros e relatórios de execução do contrato de gestão das OSS devem ser publicados anualmente no DOESP. A análise econômico financeira realizada por meio das demonstrações contábeis tem como objetivo identificar o desempenho e a capacidade das entidades em quitar com as obrigações e continuar operando no mercado (Costa, Limeira, Gonçalves, & Carvalho, 2010).

O papel da contabilidade neste contexto de contratualização é relevante, pois provê aos usuários das demonstrações contábeis informações econômicas para a tomada de decisão racional, ajuda a reduzir a assimetria informacional entre gestor e OSS e permite ao Estado a possibilidade de monitorar com eficiência os contratos de gestão, visando também à continuidade da operação. Acompanhar o desempenho econômico e financeiro destas instituições é também papel do Estado, pois evidencia de que forma os recursos repassados aos hospitais foram aplicados. A situação econômico-financeira pode refletir na expectativa de continuidade da entidade, pois assegurar que a entidade está em operação e irá se manter desta forma por um futuro previsível indica ao Estado, fornecedores, funcionários e sociedade o compromisso que a entidade possui com a prestação de serviços públicos.

De acordo com a Estrutura Conceitual estabelecida no CPC 00 (Comitê de Pronunciamentos Contábeis, 2011), a informação contábil reportada pelas empresas deve ser relevante, prover suporte aos usuários externos e permitir a avaliação de eventos do passado, presente e futuro. Deve ainda possuir algumas características qualitativas fundamentais, que o próprio Comitê de Pronunciamentos Contábeis (2011) as classifica como: (i) fundamentais - relevância e representação fidedigna, e (ii) de melhoria - comparabilidade, verificabilidade, tempestividade e compreensibilidade.

O conjunto das demonstrações contábeis identificados como: Balanço Patrimonial (BP), Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL), Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC) e Notas Explicativas (NE) são o alvo deste estudo e, fontes de dados para compor os indicadores econômico-financeiros dos hospitais gerais.

1.3. Problema de Pesquisa

Para Kavaliauskaite e Jucevicius (2010), o processo de contratualização trouxe mudanças organizacionais significativas para as instituições públicas, pois a decisão de contratar a prestação de certos serviços públicos foi repassada às empresas privadas (com e sem fins lucrativos), fazendo com que o governo se responsabilize pelo monitoramento e avaliação do desempenho dos contratos que estão sob gestão das OSS.

Conforme indicado anteriormente, o monitoramento do contrato de gestão pactuado com as OSS são alvo de avaliação constante realizada pelas comissões da Secretaria de Estado da Saúde e é possível acompanhar parte desta atividade pelos relatórios trimestrais e

quadrimestrais de execução dos contratos de gestão divulgados no DOESP e disponibilizados para esta pesquisa por fonte de dados oficiais, tal como o Conselho Estadual de Saúde.

Diante do exposto, a execução do contrato de gestão foi analisada tendo como principal alvo os anexos I, II e III do contrato de gestão, pois permitem monitorar o desempenho/execução do contrato por meio da comparação entre as metas propostas e os resultados alcançados, tanto para as metas quantitativas, quanto as qualitativas. O contrato de gestão e respectivos termos aditivos, os relatórios de execução do contrato de gestão e as demonstrações financeiras das organizações sociais de saúde, serão as fontes dominantes de análise nesta pesquisa.

A motivação para realizar esta pesquisa e analisar o desempenho dos contratos de gestão vem da inquietação em compreender os seguintes pontos: como este contrato de gestão tem sido desempenhado pelas OSS em termos de metas quantitativas e qualitativas pactuadas entre as partes (são cumpridas?); e com base nos indicadores econômico-financeiros extraídos das demonstrações contábeis identificar a situação financeira das entidades (pressupõe estabilidade financeira?).

Por meio da análise da eficiência técnica, isto é, a "capacidade de uma entidade obter máximos outputs com menor quantidade de insumos" (Varela & Pacheco, 2012, p. 22), os hospitais gerais foram classificados como eficientes e ineficientes, considerando como (*inputs*) a quantidade de fatores utilizados na produção ou os insumos, e (*outputs*) as quantidades produzidas, isto é, a execução do contrato de gestão em relação as metas assistenciais quantitativas.

Assim, o problema deste estudo pode ser enunciado da seguinte forma:

Qual a relação estabelecida por meio da eficiência técnica, entre o desempenho do contrato de gestão e os indicadores econômicos financeiros dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo?

1.4. Hipótese

Segundo Sampieri, Collado, Lucio, Murad, e Garcia (2013) as hipóteses indicam o direcionamento da pesquisa por meio da qual podemos compreender o fenômeno a ser pesquisado e as possíveis tentativas de explicações.

Em um cenário de assimetria informacional, a utilização de sistemas de incentivo e ferramentas de monitoramento permitem ajustar os interesses entre principal e agente, e é por meio do desempenho do contrato de gestão que este alinhamento (ou desalinhamento) pode ser observado. Dado que a eficiência técnica permite identificar a capacidade dos hospitais em produzirem o máximo de resultados com menor quantidade de insumos, e estes resultados (*outputs*) utilizados na análise envoltória dos dados são provenientes do principal componente de execução do contrato de gestão (quantidade de serviços assistenciais realizados), delineia-se, assim a seguinte hipótese:

Os hospitais gerais classificados como eficientes apresentam melhores resultados econômico-financeiros, analisados com base nas demonstrações contábeis.

1.5. Objetivos da Pesquisa

A pesquisa apresenta como objetivo geral analisar o desempenho dos contratos de gestão celebrados entre a SES e as Organizações Sociais de Saúde que administram os hospitais gerais no Estado de São Paulo e identificar por meio da eficiência técnica dos hospitais a relação com a situação econômico-financeira das entidades.

O primeiro propósito deste trabalho é analisar a execução do contrato de forma específica, comparação entre as metas propostas e os resultados alcançados em relação à produção assistencial, e de forma abrangente, a comparação entre as metas propostas para os indicadores de qualidade e sua efetiva realização, o montante de recurso público estabelecido no contrato e o valor efetivamente repassado às OSS, e a conformidade das OSS em relação ao limite estabelecido na Lei nº. 846/98 referente a despesas com pessoal (Lei Complementar nº 846, 1998).

O segundo propósito é determinar a eficiência técnica dos hospitais gerais e por meio desta ferramenta classificá-los como eficientes e ineficientes.

O terceiro propósito é analisar a situação econômica e financeira dos hospitais gerais com base nos indicadores econômico-financeiros, extraídos das demonstrações contábeis das organizações sociais de saúde que foram divulgadas no Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOESP).

Para tanto, apresentam-se os seguintes objetivos específicos:

(i) Analisar o cumprimento das cláusulas contratuais que versam sobre metas quantitativas e qualitativas, incentivos e sanções;

(ii) Avaliar a realização do repasse de recursos públicos (subvenção governamental) para as OSS e identificar a conformidade com o estabelecido no contrato de gestão;
(iii) Analisar o percentual da verba de custeio gasto com pessoal e identificar a conformidade com o limite pré-estabelecido no contrato de gestão;
(iv) Analisar os indicadores econômico-financeiros dos hospitais gerais e avaliar a capacidade da entidade em cumprir com seus compromissos financeiros e garantir a continuidade da operação nos períodos seguintes;
(v) Identificar por meio da matriz de correlação de Pearson a correlação entre o desempenho do contrato de gestão e os indicadores econômico-financeiros.

1.6. Justificativas e Contribuições

O tema contratualização tem sido alvo de inúmeros estudos nas últimas décadas. O processo de transferir a entrega de serviços públicos a prestadores de serviços, sejam eles com ou sem fins lucrativos, impulsiona os pesquisadores a analisar este assunto sob os mais diversos aspectos como: vantagens e desvantagens da gestão por resultados entre empresas privadas e organizações sem fins lucrativos (Witesman & Fernandez, 2012), níveis de eficiência (Hussey et al., 2009), relação entre agente e principal (Van Slyke, 2007), capacidade do Estado em gerenciar, avaliar e monitorar o processo de contratualização (Brown et al., 2006; Fernandez, 2009), eficiência na implementação dos contratos (Romzek & Johnston, 2002) e impacto da contratualização no desempenho do sistema de saúde (Liu, Xingzhu, Hotchkiss, & Bose, 2008).

No Brasil não foi diferente, a partir da década de 90 pesquisadores se empenharam em analisar o novo modelo de gestão dos serviços públicos realizado por meio das organizações sociais de saúde sob diversas perspectivas, tais como: os impactos para a administração pública, instrumentos de *accountability* para a melhoria da gestão pública e mudanças que ocorreram na gestão pública a partir da reforma do aparelho estatal na área da saúde (Ibañez & Vecina Neto, 2007; Junior & Elias, 2003; Sano & Abrucio, 2008).

Apesar da abrangência das pesquisas realizadas fora do Brasil, não foi possível encontrar estudos que versam sobre o desempenho dos contratos no processo de contratualização por resultados entre governo e organizações sem fins lucrativos, deste modo, apresentar evidências empíricas deste contexto no Brasil contribui para o desenvolvimento da literatura contábil.

Inicialmente, a justificativa para estudar o contrato de gestão firmado com OSS deve-se ao fato de ser um processo em expansão, pois somente em parceria com o Estado de São Paulo

existem mais de 90 acordos firmados com o terceiro setor para prover serviços públicos de saúde. A significativa expansão pôde ser acompanhada pelo Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES em que aponta para 24 hospitais gerais e especializados sendo geridos por OSS no início de 2011 aumentando para 30 unidades no final de 2013, representando assim 1/3 do total de unidades contratualizadas pelo Governo do Estado de São Paulo. Consequentemente, o montante de recursos públicos investidos neste segmento é extremamente relevante - ultrapassa a casa dos bilhões no Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013[3] - provocando uma notável inquietação quanto ao efetivo gasto do dinheiro público e a transparência neste processo.

A execução do contrato de gestão evidencia as realizações ocorridas no período e indica as prioridades e necessidades dos hospitais gerais. O contrato como norteador entre SES e OSS requer uma análise específica em relação aos principais direitos e atribuições de cada parte, pois, apesar de os hospitais estarem sendo geridos por OSS, pertencem à Administração Pública e recai sobre esta o devido desenho e especificação do contrato de gestão, de forma que reflita a realidade do hospital a ser gerido. O resultado que estes hospitais alcançam/reportam, seja em termos de produção ou em relação à situação econômico-financeira, refletem os desafios que o governo e as OSS têm enfrentado no Brasil para atender a demanda por saúde com o orçamento disponibilizado pelo Estado. Por este motivo o presente trabalho tem como objetivo analisar o desempenho dos contratos de gestão e a situação financeira das organizações sociais de saúde sob uma ótica de usuário externo e utilizando como base para a pesquisa dados públicos, em sua grande parte da análise.

Adicionalmente, analisar dados contábeis públicos que evidenciam a situação econômico-financeira de OSS representa um desafio e uma contribuição relevante para a pesquisa científica, pois aponta para o poder explicativo das demonstrações financeiras e as dificuldades econômico-financeiras enfrentadas pelos hospitais públicos em São Paulo. Apesar da Lei nº. 846/98 exigir a publicação anual dos relatórios financeiros das OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOESP), a cultura da divulgação ainda é incipiente para entidades do terceiro setor (Lei Complementar nº 846, 1998). Deste modo, realizar estudos que apresentem o cenário atual pode contribuir para melhores práticas e maior responsabilização das OSS com a qualidade dos dados divulgados.

[3] Dados da própria pesquisa extraídos do sítio da Secretaria da Fazenda do Governo de São Paulo, Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Ao descrever as finalidades das demonstrações contábeis, Slomski, Rezende, Cruz, e Olak (2012) ressaltam que os dados contidos nas demonstrações financeiras preparadas pelas entidades devem prover aos usuários condições de realizar previsões e prospecções quanto à continuidade de suas operações, identificar riscos e incertezas referente às operações, informar a utilização dos recursos financeiros obtidos, entre outros.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir com a literatura científica fornecendo uma visão do terceiro setor no Brasil, em especial as organizações sociais de saúde na gestão de hospitais públicos, podendo cooperar com a expansão do conhecimento sobre o desempenho dos contratos de gestão que é um tema relevante no cenário do Brasil atual. A expectativa é de também poder contribuir para que as organizações sociais de saúde possam identificar suas características de produção, eficiência e financeiras frente às outras OSS, bem como fornecer evidências à Secretaria de Estado da Saúde ao apontar para a transparência, consistência e coerência (ou falta de) dos dados divulgados ao público.

Em relação à comunidade científica, o trabalho ressalta a importância da realização de estudos com dados públicos no Brasil, apesar das dificuldades na obtenção dos mesmos. Espera-se que com o aumento da demanda de estudos empíricos realizados por pesquisadores motivados a se aprofundar no conhecimento da área pública, no futuro, os dados necessários para realização das pesquisas poderão estar mais acessíveis.

Devido à limitada literatura disponível no país, estudos que abordem o desempenho dos contratos de gestão dos hospitais públicos e sua relação com o desempenho econômico-financeiro das organizações sociais de saúde podem ser relevantes, atuais e necessários para a pesquisa científica e sociedade.

1.7. Limitações da Pesquisa

Esta seção apresenta as principais limitações da pesquisa, que não invalidam as possíveis conclusões, porém devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

A primeira limitação refere-se ao grupo do terceiro setor que foi analisado, caracterizado pelas organizações sociais de saúde que possuem contratos de gestão firmados com a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

Em segundo lugar, houve a determinação da população alvo, ou seja, dentre os mais de noventa acordos firmados com OSS, o foco deste trabalho são os hospitais gerais no Estado de São Paulo. A limitação em relação aos hospitais gerais foi necessária para que a amostra tivesse certa homogeneidade e permitisse a comparação entre os hospitais. Estes também foram

selecionados devido a alguns fatores como: (i) quantidade representativa de hospitais públicos administrados por OSS no Estado de São Paulo; (ii) quantidade de hospitais espalhados no Estado; (iii) complexidade dos serviços prestados que envolvem internação, cirurgias ambulatoriais, hospital dia, atendimento de urgências e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico; (iv) e representatividade do valor de repasse financeiro de recursos públicos à estas entidades do terceiro setor.

Em seguida foi estabelecido que a análise seria realizada com o Estado de São Paulo pois foi um dos pioneiros em instituir regulação própria para a participação das Organizações Sociais na entrega de serviços públicos por meio da Lei Complementar nº 846/98.

Com relação ao intervalo de tempo, foram analisados os anos de 2012 e 2013, pois apresenta documentação pública disponível nos principais meios de pesquisa do Estado de São Paulo, tais como: Diário Oficial do Estado de São Paulo, Portal de Transparência do Estado, Secretaria da Fazenda, Conselho Estadual de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Tribunal de Contas do Estado e Ministério da Justiça. Dados anteriores a 2012 não foram adicionados ao Portal da Transparência do Governo de São Paulo incluindo Termos Aditivos estabelecidos com as OSS, por exemplo, e dados posteriores a 2013 não estavam totalmente disponíveis para análise nas bases públicas, como as demonstrações financeiras das entidades. Deste modo, o período de 2012 e 2013 apresenta um grande volume de dados públicos disponíveis, que propicia a execução deste trabalho com períodos recentes.

Por fim, a limitação do escopo da pesquisa refere-se ao desempenho do contrato de gestão que foi analisado por meio do acompanhamento da execução contratual. A determinação da eficiência técnica dos hospitais utilizou-se do principal e mais representativo componente do contrato de gestão, que é a produção assistencial realizada pelas OSS para classificar os hospitais gerais em dois grupos e a assim analisar e comparar a situação econômico-financeira dos hospitais geridos pelas OSS.

Optou-se por não entrar no mérito de estudar os aspectos jurídicos da relação contratual entre governo e entidades sem fins lucrativos. Destaca-se ainda, conforme apontado anteriormente, que o estudo utilizou dados públicos das organizações sociais de saúde, disponível nos sítios do Diário Oficial do Estado de São Paulo, Portal de Transparência do Estado, Secretaria da Fazenda, dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde e Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

A escolha por dados públicos, apesar de limitar a análise devido ao reduzido nível de detalhes, permitiu a divulgação dos nomes das OSS e hospitais gerais analisados neste trabalho,

sem a necessidade de assinar Termos de Confidencialidade, como proposto por alguns hospitais.

A transparência na relação entre SES e OSS se apresentou como um ponto questionável, pois diversos dados públicos divulgados em relação às OSS ou divulgados pelas próprias entidades não apresentam forte capacidade informativa, e os dados solicitados diretamente à SES e às OSS, que deveriam ser públicos, não foram disponibilizados, dificultando assim a realização e limitando a pesquisa.

1.8. Estrutura do trabalho

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos mais as referências e os apêndices.

O primeiro capítulo apresenta a introdução, o problema a ser investigado, os objetivos, as justificativas, limitações para o desenvolvimento deste estudo e a descrição da organização do trabalho.

O segundo capítulo apresenta os aspectos teóricos e a revisão de literatura. Os assuntos abordados nesta seção são: o terceiro setor, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, as organizações sociais e as organizações sociais de saúde, a contratualização, a teoria da agência, aspectos sobre desempenho e monitoramento do contrato, a eficiência técnica dos hospitais, o papel da contabilidade nas organizações e a descrição dos indicadores econômico-financeiros.

No terceiro capítulo apresenta-se a abordagem metodológica adotada, a população, as amostras, as variáveis do estudo, a forma de coleta dos dados, as etapas de pesquisa e a hipótese que foi testada.

No quarto capítulo apresenta-se a análise dos dados e os resultados da investigação empírica.

O quinto capítulo refere-se as conclusões desta pesquisa e as implicações do estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O Terceiro Setor

Definir o Terceiro Setor não é uma tarefa simples, pois seria complexo agrupar em uma única definição todas as diversas formas de entidades e organizações que se juntam para formar o terceiro setor, incluindo os mais abrangentes objetivos, formas de atuação e estrutura institucional.

Segundo o Manual de Procedimentos para o Terceiro Setor (França, 2015), o Terceiro Setor é composto por organizações privadas sem fins lucrativos que são dedicadas à realização de objetivos sociais ou públicos, embora não seja integrante do Governo.

Para Salamon e Anheier (1992) as definições do setor sem fins lucrativos apresentada na literatura abrangem: a (i) definição legal ou aquela instituída pelas leis do país; (ii) definição econômica/financeira que possui como objetivo apresentar a origem dos recursos financeiros; (iii) definição funcional, ou seja, aquela que tem como objetivo apresentar as funções ou os propósitos da entidade; e (iv) a definição estrutural/operacional em que cinco critérios identificados na estrutura operacional das entidades as classificam como organizações sem fins lucrativos.

Estes critérios apresentados por Salamon e Anheier (1992), foram também abordados no estudo realizado em 2003 pela Organização das Nações Unidas (ONU) denominado "*Handbook on Non-Profit Institutions in the System of National Accounts*", trazendo assim as definições para o setor sem fins lucrativos que é constituído por: (i) organizações formais: devidamente estabelecidas em termos jurídicos e que possuem uma realidade institucional, ou seja, apresentam algum nível de estrutura organizacional interna; (ii) privadas: são institucionalmente independentes do governo mesmo que receba recursos públicos; (iii) sem fins lucrativos e não distribuidoras de lucros: não possuem como objetivo primário gerar lucro e o resultado positivo da instituição não deve retornar para os proprietários e diretores, mas sim ser reaplicado na instituição de acordo com o seu objetivo e missão; (iv) autônomas: não devem ser controladas por entidades externas e possuem independência e autonomia em relação à capacidade de governança da organização e sua estrutura, e (v) voluntárias: deve envolver um grau significativo de participação voluntária, seja na gestão ou nas atividades da instituição.

Segundo Slomski et al. (2012), o terceiro setor faz parte de um modelo trissetorial autônomo, porém interdependente, em que existe o primeiro setor caracterizado pelo Estado, que por meio dos agentes públicos exercem atividades para fins públicos. O segundo setor que

é representado pelo mercado e os agentes privados que atuam para fins privados e o terceiro setor representado por agentes privados atuando para fins públicos, apresentando características de Estado e Mercado.

Nos Estados Unidos, os estudos comumente utilizam os termos *non profit* ou *not for profit*, para designar as organizações sem fins lucrativos e seu início na década de 70 é caracterizado por um movimento que procurava independência do Estado e Mercado. Adquiriu credibilidade ao utilizar recursos de doações, bem como em estabelecer a confiança de que são capazes de gerar os resultados para os quais foram criadas (Fischer & Falconer, 1998), tais como "promover o desenvolvimento econômico local, impedir a degradação ambiental, defender os direitos civis e procurar realizar inúmeros outros objetivos da sociedade ainda não atendidos ou deixados sob a responsabilidade do Estado" (Salamon, L., 1998, p. 5).

Para Falconer (1999), o termo "terceiro setor" é o que tem encontrado maior aprovação ao designar um conjunto de ações que são iniciados na sociedade e tem como objetivo a produção de bens públicos, ainda que dispute espaço com outros termos como "... não governamental, sociedade civil, sem fins lucrativos, filantrópicas, sociais, solidárias, independentes, caridosas, de base, associativas, etc" (p. 1).

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, o terceiro setor se inicia com uma característica de promover a equidade social. Ao longo dos anos as entidades procuraram buscar parcerias e apoio junto aos financiadores internacionais (i.e. Banco Mundial) e órgãos governamentais, a fim de fortalecer sua participação no setor e minimizar a instabilidade proveniente da dependência de doações para a continuidade da operação (Falconer, 1999; Fischer & Falconer, 1998).

Por volta da década de 80 e 90, diversos países iniciaram um processo de reforma da gestão pública embalados pelas ideias da teoria denominada *New Public Management (NPM)* ou Nova Gestão Pública (NGP). Esta reforma se deu devido a constantes críticas em relação à ineficiência do governo na prestação de serviços, a equidade no acesso e a responsabilização pelas ações (Kavaliauskaite & Jucevicius, 2010; Mills & Broomberg, 1998).

De acordo com Di Giacomo (2012), este robusto processo tinha entre seus objetivos a intenção de incorporar na administração pública, modernas práticas de gestão aplicadas na administração de empresas a fim de melhorar a eficácia, contribuir com uma melhor qualidade dos serviços públicos, descentralização, ou delegação de autoridade sob rígido controle de desempenho realizado por meio de indicadores e implementar mecanismos mais eficientes de responsabilização (*accountability*).

A necessidade de mudança trazida pela NGP se expandiu em muitos países, incluindo entre eles o Brasil. Sano e Abrucio (2008) ressaltam que o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) acompanhou muitas das ideias básicas preconizadas pela Nova Gestão Pública.

No Brasil mudanças significativas no Terceiro Setor ocorreram a partir da década de 90, na gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso, mais especificamente no ano de 1995 ao instituir o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), sob a responsabilidade do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Este marco trouxe uma nova expectativa para determinadas organizações sem fins lucrativos, pois, se iniciava a figura do "setor público não-estatal" para as organizações sociais, com a possibilidade de assumir atividades não-exclusivas do Estado em uma relação de parceria na gestão pública, subsidiada pelo Estado e administrada pelas entidades.

2.2. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

O PDRAE foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), sob o comando do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e definido pela Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998.

Alguns conceitos apresentados no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado são importantes, pois permite uma melhor compreensão da abrangência da reforma.

> Entende-se por **aparelho do Estado** a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado, em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-membros e Municípios). O aparelho do Estado é constituído pelo **governo**, isto é, pela cúpula dirigente nos Três Poderes, por um corpo de funcionários, e pela força militar. O **Estado**, por sua vez, é mais abrangente que o aparelho, porque compreende adicionalmente o sistema **constitucional-legal**, que regula a população nos limites de um território. O Estado é a **organização burocrática** que tem o monopólio da violência legal, é o aparelho que tem o poder de legislar e tributar a população de um determinado território. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995, p. 12 grifos do autor)

De acordo com o PDRAE, a crise que o Brasil enfrentava era mais do que uma crise fiscal, era uma crise de Estado que se agravou devido aos modelos que governos anteriores utilizaram na gestão que distanciaram o Estado de suas funções básicas para atuar na esfera produtiva. A reforma da administração pública brasileira era fundamental para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia, reforçando o conceito de democracia e desenvolvendo melhor interação entre Estado e sociedade.

A reforma apresentou grande ênfase voltada ao controle de resultados, gestão descentralizada, foco no cidadão - sendo chamado também de “cidadão – cliente”, eficiência da gestão pública, foco em qualidade, na produtividade do serviço público e na gestão dos recursos humanos que atuavam no funcionalismo público. A reforma ou a reconstrução do Estado englobava uma melhoria na organização, na gestão de recursos humanos, nas finanças e no sistema institucional-legal.

O PDRAE define a crise do Estado como: (i) uma crise fiscal, ou seja, falta de confiança no Estado e poupança pública negativa agravada pelo gasto desproporcional com funcionários ativos e inativos; (ii) o esgotamento das estratégias de intervenção do Estado; e (iii) crise na forma de administrar o Estado, devido aos procedimentos rígidos e excesso de normas e regulamentos (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995).

Para superar a crise era preciso implementar uma reforma no Estado tendo como um dos seus objetivos, transferir para o setor público não estatal serviços que poderiam ser realizados por organizações sem fins lucrativos, para que o Estado pudesse recuperar sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas.

> A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995, p. 12)

Inicia-se então o processo de publicização, isto é, a produção de serviços não-exclusivos do Estado sendo transferido para o setor público não-estatal ou terceiro setor, caracterizando-se por uma aliança estratégica entre Estado e sociedade.

> A descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos a esse processo de publicização. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995, p. 13)

O Programa Nacional de Publicização (PNP) foi oficialmente criado pela Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998 e teve como objetivo:

> permitir a publicização de atividades no setor de prestação de serviços não-exclusivos, baseado no pressuposto de que esses serviços ganharão em qualidade: serão otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998, p. 13)

A Administração Pública evoluiu ao longo dos anos através de três modelos básicos denominados: patrimonialista, burocrática e gerencial, sendo este último o modelo adotado na reforma do aparelho do Estado, pois converge com a nova orientação do Estado - ser guiado por princípios de eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos (visão do cidadão contribuinte e cliente dos serviços), bem como o desenvolvimento de uma cultura gerencial moderna nas organizações.

> Na administração pública gerencial a estratégia volta-se (1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade, (2) para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados, e (3) para o controle ou cobrança a posteriori dos resultados. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995, p. 16)

Neste contexto de reforma, é importante compreender também os setores do Estado, que de acordo com o PDRAE, dividem-se em quatro: Núcleo Estratégico, Atividades Exclusivas, Serviços Não-Exclusivos e Produção de Bens e Serviços para o Mercado. O **Núcleo Estratégico** refere-se ao setor responsável pelas decisões estratégicas, ou seja, os poderes Legislativo, Executivo, Judiciário, Ministério Público entre outros, que são responsáveis pelo planejamento e formulação de políticas públicas. As **Atividades Exclusivas** referem-se à prestação de serviços que somente o Estado pode realizar, pois exerce a autoridade e poder para regular, fiscalizar e fomentar. Os **Serviços Não-Exclusivos** referem-se ao setor onde o Estado atua em parceria com outras organizações públicas não-estatais e privadas. Organizações estas que não podem exercer o poder de Estado, mas que, no entanto este é inerente, pois as atividades e/ou serviços prestados fazem parte dos direitos humanos fundamentais, como educação e saúde. O setor de **Produção de Bens e Serviços para o Mercado** refere-se à atuação das empresas que desempenham atividades econômicas com fins lucrativos que permanecem no aparelho do Estado devido à falta de capital do setor privado para realizar o investimento.

Outro ponto relevante refere-se a definição e compreensão das formas de propriedade, mais especificamente a Propriedade Pública Não-Estatal. De acordo com o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1995) este tipo de propriedade favorece a parceria entre Estado e Sociedade pois, “elas são constituídas pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedades de nenhum indivíduo ou grupo e são orientadas diretamente para o atendimento do interesse público” (p. 43). Neste cenário, o setor público não estatal, ou seja, o terceiro setor se torna responsável pela execução dos serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, adquirem maior autonomia administrativa na gestão, afirmando assim uma parceria entre Estado e sociedade que envolve financiamento ou subsídio por meio de recursos públicos e controle do Estado, como regulador e provedor.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado apresentou alguns objetivos globais e específicos definidos para os setores do Estado (Tabela 1) e algumas palavras de ordem como governança – maior capacidade de governar e implementar leis e políticas públicas e eficiência – reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados, fizeram parte do novo modelo de gestão que o Estado propunha para o curto, médio e longo prazo da reforma.

Tabela 1
Objetivos Globais e Específicos do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

Objetivos Globais	1. Aumentar a capacidade administrativa de governar com efetividade, eficiência e com foco no atendimento aos cidadãos. 2. Restringir a ação do Estado às funções que são próprias, reservando os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal e a produção de bens e serviços para a iniciativa privada. 3. Transferir da União para os estados e municípios as ações de caráter local. 4. Transferir parcialmente da União para os estados as ações de caráter regional, de forma a permitir uma maior parceria entre os estados e a União.			
	Núcleo Estratégico	**Atividades Exclusivas**	**Serviços Não-Exclusivos**	**Produção para o Mercado**
Objetivos Específicos	a) Aumentar a efetividade de forma que os objetivos democraticamente acordados sejam adequada e efetivamente alcançados.	a) Transformar as autarquias e fundações que possuem poder de Estado em agências autônomas, administradas segundo um contrato de gestão.	a) Transferir serviços para o setor público não-estatal, através de um programa de "publicização", transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária.	a) Dar continuidade ao processo de privatização através do Conselho de Desestatização.
	b) Modernizar a administração burocrática, através de uma política de carreiras para o serviço público, programa de educação continuada, administração salarial e avaliação de desempenho.	b) Substituir a administração pública burocrática, rígida, pela administração pública gerencial, baseada no controle a posteriori dos resultados e na competição administrada.	b) Maior autonomia e uma consequente maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços.	b) Reorganizar e fortalecer os órgãos de regulação dos monopólios naturais que forem privatizados.

(continuação)

Núcleo Estratégico	Atividades Exclusivas	Serviços Não-Exclusivos	Produção para o Mercado
c) Dotar o núcleo estratégico de capacidade gerencial para definir e supervisionar os contratos de gestão com as agências autônomas, responsáveis pelas atividades exclusivas de Estado, e com as organizações sociais, responsáveis pelos serviços não-exclusivos do Estado realizados em parceria com a sociedade.	c) Fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação popular tanto na formulação quanto na avaliação de políticas públicas, viabilizando o controle social das mesmas.	c) Controle social direto desses serviços por parte da sociedade através dos seus conselhos de administração.	c) Implantar contratos de gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas.
		d) Maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações.	
		e) Aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor.	

Nota. Baseado em Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1995, pp. 44–47)

O projeto com as Organizações Sociais faz parte dos objetivos identificados para o setor de Serviços Não-Exclusivos que através do processo de publicização visava a transferir para o setor público não estatal - que assumiria a forma de "Organizações Sociais" - a prestação de alguns serviços, sob a premissa que o processo seria mais eficiente se realizado por este setor e financiado pelo Estado.

2.3. Organizações Sociais e Organizações Sociais de Saúde

O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) encarregado pela reforma do aparelho do Estado sob a gestão do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, produziu entre 1997 e 1998 uma série de "Cadernos MARE da Reforma do Estado" com o objetivo de documentar e divulgar as principais políticas e projetos realizados pelo Ministério. O documento intitulado Caderno 02 trata das Organizações Sociais e foi usado nesta seção como base para a compreensão do modelo de Organização Social e suas principais definições.

O movimento em direção ao Terceiro Setor como um potencial parceiro para a produção de bens públicos não foi uma característica exclusiva do Brasil em tempos de crise e reforma do Estado, outros países como Estados Unidos e Inglaterra identificaram no setor sem fins lucrativos a possibilidade de uma parceria promissora (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2002).

As Organizações Sociais fazem parte da estratégia central do PDRAE visando a descentralização de atividades do Estado voltadas aos serviços não-exclusivos, tendo como prioridade os hospitais, as universidades e escolas técnicas, os centros de pesquisa, as bibliotecas e os museus. Foram estabelecidas para possuírem maior autonomia administrativa e financeira e o direito de receber dotação orçamentária, devidamente prevista na Lei Orçamentária do Município, Estado ou União.

Entende-se por "organizações sociais" as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995).

> Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998, p. 13)

As Organizações Sociais apresentam um modelo inovador de parceria entre Estado e sociedade, em que o Estado exercerá controle estratégico demandando resultados para o atingimento dos objetivos das políticas públicas e as organizações, classificadas como pessoas

jurídicas de direito privado, assumem a responsabilidade de gerir com eficiência os recursos públicos repassados à entidade produzindo serviços de qualidade.

Ao instituir a criação de Organizações Sociais no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, houve a necessidade de fixar objetivos de curto e médio prazo para o processo de publicização. Diversas ações de implementação foram desenvolvidas para que o Estado desenvolvesse pessoal e amadurecesse o projeto em relação às atribuições das partes, as ferramentas de controle, acompanhamento do resultado e desempenho, gestão, bem como todo o aparato institucional-legal que precede a efetiva implementação das Organizações Sociais.

A Lei Federal nº 9.637 que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais foi promulgada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso somente em 15 de maio de 1998. Pouco tempo depois, o Estado de São Paulo sob a gestão do então Governador Mário Covas promulgou a Lei Complementar nº. 846 de 04 de junho de 1998, estabelecendo as diretrizes sobre a criação e qualificação de Organizações Sociais no Estado de São Paulo. Em 18 de setembro de 2009 houve alteração na redação dada, pela Lei Complementar nº 1.095.

> Qualificada como Organização Social, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obrigará a celebrar um contrato de gestão, por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998, p. 14)

No Estado de São Paulo, a Lei Complementar nº. 846 de 04 de junho de 1998 qualifica inicialmente como organizações sociais a entidade que possui pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos com atividades voltadas à saúde e cultura (Lei Complementar nº 846, 1998). Texto, porém, alterado pela Lei Complementar nº. 1.243 de 30 de maio de 2014 que estendeu a qualificação às entidades voltadas à saúde, à cultura, ao esporte, ao atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência, ao atendimento ou promoção dos direitos de crianças e adolescentes e à proteção e conservação do meio ambiente, ampliando assim a participação das organizações sociais na execução de serviços públicos.

A LC Nº 846/98 expressamente ressalta que somente entidades que possuem experiência superior a cinco anos com serviços próprios de assistência à saúde poderiam se qualificar como organizações sociais (Lei Complementar nº 846, 1998). Em adição à condição anterior, os requisitos específicos para qualificação como organização social são definidos no Artigo 2º da LC Nº 846/98.

> Art. 2º Parágrafo 01 – comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:
> a) natureza social de seus objetivos;
> b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;

c) previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria, definidos nos termos do Estatuto, assegurado àquele composição e atribuições normativas e de controle básicos previstos nesta Lei Complementar;
d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
e) composição e atribuições da Diretoria da entidade;
f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
g) em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Estado, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Estado, na proporção dos recursos e bens por este alocados.

Vale destacar que o modelo de Organização Social estabelecido na Lei Federal Nº 9.637/98 foi alvo de Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIn 1923, empregada no próprio ano de 1998, e se encontrava em trâmite no Supremo Tribunal Federal – STF até o ano de 2015. Dentre as principais alegações instituídas na ADIn e requerida pelo Partido dos Trabalhadores – PT e pelo Partido Democrático Trabalhista – PDT, incluíam questionamentos quanto a violações à Constituição Federal, especialmente referente às flexibilidades tais como: a transferência de responsabilidade pela prestação de serviços públicos de saúde, educação, proteção ao meio ambiente, patrimônio histórico e acesso à ciência, que deveriam ser prestados pelo Poder Público para particulares; isenção de processo licitatório em virtude da utilização de verbas públicas; e inconsistência quanto aos princípios da legalidade e do concurso público na gestão de pessoal, entre outros.

A referida ADIn 1923, representou uma das resistências utilizada para tentar conter no modelo OS no âmbito federal, pois no Estado de São Paulo o modelo foi amplamente utilizado e expandido. Em abril de 2015, o STF julgou a ADIn 1923 parcialmente procedente dando interpretação conforme a Constituição Federal às normas que dispensam licitação em celebração de contratos de gestão firmados entre o Poder Público e as organizações sociais para a prestação de serviços públicos de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação ao meio ambiente, cultura e saúde.

Conforme decisão do STF, os procedimentos de qualificação das OS, a celebração dos contratos de gestão, as hipóteses de dispensa de licitação para contratações e outorga de permissão de uso de bem público, os contratos a serem celebrados pela OS com terceiros com utilização de recursos público, e a seleção de pessoal pelas OS devem ser realizados de forma pública, objetiva e impessoal e em observância ao caput do Art. 37 da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88 - Art.37).

A Lei Federal nº 9.637/98 e a Lei Complementar nº 846/98 apresentam diferentes determinações em relação a composição do Conselho de Administração das Organizações Sociais, com destaque para os representantes do Poder Público que não é exigido pela lei estadual (Lei Complementar nº 846, 1998; Lei Federal nº 9.637, 1998).

De acordo com o caderno Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1998), o modelo institucional de Organizações Sociais apresenta diversas vantagens em termos de autonomia na gestão de pessoal, orçamento, finanças, compras de material, entre outros, trazendo maior agilidade aos processos, tais como: (i) a gestão de recursos humanos é realizada pela própria entidade que fica responsável por todo o processo de contratação e manutenção de pessoal que são regidos sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); (ii) as compras de bens e serviços não estão sujeitas a Lei nº. 8.666/93 que trata de licitações e contratos da Administração Pública; (iii) os repasses financeiros são reconhecidos como receita na organização social e não estão sujeitos às regras de execução orçamentária, financeira e contábil estabelecida para os demais órgãos da Administração Pública. O modelo de gestão praticado pelas Organizações Sociais está atrelado a controles de resultados e cumprimento de metas estabelecidas no contrato de gestão.

Segundo o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1998), a criação das Organizações Sociais faz parte do plano central do PDRAE para o setor de serviços não-exclusivos do Estado que por meio do processo de publicização transfere para estas entidades do terceiro setor a prestação de serviços, devendo o Estado assumir um papel mais focado na supervisão, na gestão por resultados, no provimento de recursos orçamentários, mas não na execução dos serviços.

As OSS possuem o direito de receber dotação orçamentária, devidamente prevista na Lei Orçamentária do Estado bem como foram criadas para apresentar maior autonomia administrativa e financeira em relação à Administração Direta. Inicialmente assumiram a gestão de hospitais públicos e sua prestação de serviços sociais de saúde é definida por meio de um contrato de gestão; documento que institui uma parceria entre o Estado e as organizações sem fins lucrativos e estipulam-se metas de desempenho que possam garantir a qualidade e eficiência dos serviços prestados ao Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (1998).

De acordo com a Lei nº 9.637 (1998), o contrato de gestão é o instrumento celebrado entre o poder público e a organização social com o objetivo de estabelecer parceria entre as partes para provimento e realização das atividades e discrimina as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social.

O Contrato de Gestão é a principal ferramenta de controle da gestão por resultados e tem como objetivo: (i) delinear o foco da instituição; (ii) permitir comparação entre o desempenho realizado e esperado; (iii) definir níveis de responsabilidade para as atividades; (iv) e permitir o controle social (por resultados e por comparação com outras instituições) (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998, p. 37).

> Por parte do Poder Público contratante, o contrato de gestão é o instrumento de implementação, supervisão e avaliação de políticas públicas, de forma descentralizada, racionalizada e autonomizada, na medida em que vincula recursos ao atingimento de finalidades públicas. Por outro lado, no âmbito interno das organizações (estatais ou não-estatais) contratadas, o contrato de gestão se coloca como um instrumento de gestão estratégica, na medida em que direciona a ação organizacional, assim como a melhoria da gestão, aos cidadãos/clientes beneficiários de determinadas políticas públicas. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998, p. 36)

2.4. Contratualização

Este trabalho considerou como termos equivalentes: contratualização (*contracting*), contratualização baseada em resultados (*performance-based contracting*), gestão por resultados e gestão por contrato (*contract management*). Vale ressaltar que neste estudo foram utilizadas pesquisas internacionais que analisaram o processo de contratualização sob os mais diversos aspectos, contudo, estas pesquisas estão segmentadas em basicamente três grupos: (i) os que não apresentam critérios de diferenciação entre o prestador de serviço sendo organizações com ou sem fins lucrativos, as denominando de “empresas privadas” (Fernandez, 2009; Romzek & Johnston, 2002), (ii) os que buscam estabelecer diferenças ou medidas de eficiência entre os dois grupos (Amirkhanyan, 2010); (iii) e os que se referem exclusivamente a entidades sem fins lucrativos (Van Slyke, 2007).

A contratualização tem sido uma das principais formas de entrega do serviço público e um processo essencial sob a perspectiva de melhorar a eficiência dos governos na prestação de serviços. Amplamente discutida nas últimas décadas, especialmente em países desenvolvidos, a contratualização traz na essência a verdadeira discussão do papel do governo atual com maior ênfase na gestão e menor ênfase na execução dos serviços, o papel das organizações que passam a produzir serviços públicos, e a atuação do setor público como gestor, avaliador e responsável pelo monitoramento das relações contratuais.

Alguns objetivos do NPM estão associados à descentralização das atividades do Estado, introdução do conceito de medidas de desempenho no setor público, ênfase na adoção do estilo de gerenciamento que ocorre nas empresas privadas na expectativa de aumentar a eficiência do Estado na entrega dos serviços, e inserção de mecanismos de mercado para a solução dos

problemas no setor público. Deste modo a contratualização pode ser considerada uma das ferramentas da NPM, que por meio do uso de mecanismos de mercado, o setor privado e sem fins lucrativos se torna responsável pela entrega de serviços públicos, enquanto o governo retém o direito de propriedade do serviço (Amagoh, 2009; Fryer et al., 2009; Mills & Broomberg, 1998).

O processo de contratualização pode ser considerado um dos mecanismos centrais de reforma da gestão pública (Amagoh, 2009) e no início, as pesquisas que abordavam este tópico se concentravam no debate sobre a análise da eficiência na prestação de serviço e efetiva redução de custos (Domberger & Hensher, 1993). Porém, no decorrer do tempo e com a ampliação dos serviços contratualizados pelo governo, surgem outras preocupações como: a sustentabilidade do contrato, a qualidade do serviço prestado, a transparência no dispêndio do dinheiro público e a responsabilidade do governo na gestão (Brown et al., 2006; Domberger & Jensen, 1997; Hall & Rimmer, 1994).

De acordo com Domberger e Jensen (1997) existem basicamente duas formas de suprir serviços públicos aos cidadãos: o governo os fornece, ou abre concorrência para organizações que por meio de proposta competitiva (*competitive tendering*) garantem a produção do serviço ao menor custo possível.

A contratualização com os governos podem ser realizadas com três tipos de empresas: (i) com empresas que possuem finalidade lucrativa; (ii) organizações sem fins lucrativos; (iii) e parcerias entre governos (Amagoh, 2009; Brown et al., 2006; Brudney, Fernandez, Ryu, & Wright, 2005).

As parcerias com empresas privadas apresentam certas características, pois geralmente são motivadas pelo lucro, tendem a maximizar retornos financeiros, tem como foco inovação e eficiência, e buscam a redução de custo (Amagoh, 2009; Brown et al., 2006; Witesman & Fernandez, 2012).

No entanto, organização sem fins lucrativos tendem a possuir uma missão similar ao governo, na promoção do interesse público e geralmente estabelecem parcerias mais confiáveis. A parceria também pressupõe alguns objetivos comuns como a não maximização dos retornos financeiros e não distribuição de lucros aos proprietários, mas realocação do lucro de acordo com o propósito da organização (Brown et al., 2006; Witesman & Fernandez, 2012).

A preferência do setor público por parcerias com organizações sem fins lucrativos, pode apresentar algumas características e vantagens como: interesses políticos no curto prazo e redução dos custos de transação a longo prazo; conhecimento especializado na prestação de serviços sociais; custos reduzidos na contratação em comparação com empresas com fins

lucrativos, especialmente se os resultados são difíceis de mensurar e monitorar; vantagem competitiva, pois as organizações sem fins lucrativos tendem a ser mais flexíveis ao assumir os contratos com o governo devido à volatilidade da receita que tende a ser minimizada com a assinatura do contrato; e a relação entre empresas sem fins lucrativos e governo que geralmente são estabelecidas previamente, pois são locais e possuem membros do conselho que iniciam o relacionamento com governo antes mesmo da contratualização ocorrer (Witesman & Fernandez, 2012).

Vale ressaltar que embora o serviço esteja sendo contratualizado, ele permanece público, sendo financiado pela arrecadação de impostos, e as decisões relativas a políticas públicas como quantidade, qualidade, distribuição, entre outros, permanece nas mãos dos gestores públicos (Brudney et al., 2005).

Um novo conceito evoluiu juntamente com a contratualização e se estabeleceu na década de 90 como uma forma de incentivar o desempenho do contratado ao especificar no contrato o tipo e o nível de desempenho que este deve alcançar. A chamada contratualização baseada em desempenho (*performance-based contracting*) "está baseada na premissa de que uma maneira efetiva de fazer com que o contratado alcance um determinado propósito público específico é remunerar o mesmo somente quando ele faz algo que contribua para o alcance do propósito" (Aristigueta & Foote, 2009, p. 5).

Para Behn e Kant (1999), a contratualização convencional, denominada "*regulatory contracting*" especifica no contrato como o contratado deve realizar as atividades, e a contratualização por desempenho especifica quais resultados devem ser produzidos, que apesar de dar flexibilidade ao contratado para decidir a melhor forma de produzi-los, atrela o pagamento à produção realizada.

Na literatura, o processo de contratualização apresenta diversas definições (Tabela 2), no entanto, em resumo refere-se à produção ou entrega de serviços públicos sendo realizados por empresas privadas ou organizações sem fins lucrativos e estabelecido por meio de um contrato entre ente público e organização.

Tabela 2
Definições de contratualização e contratualização baseada em desempenho

Termo	Definição	Autores
Contratualização (Contracting)	É o processo que consiste em um compromisso de uma organização em produzir serviços em conformidade com um contrato, seguido por uma proposta competitiva.	Domberger e Jensen (1997)
	Organizações públicas fornecedora de bens e serviços por meio de outras agências públicas ou empresas privadas.	Hall e Rimmer (1994)
	Troca econômica entre atores no qual o principal desafio no gerenciamento do governo é alinhar os valores públicos e institucionais, as condições de serviços e mercado, nas três fases da contratualização.	Brown et al. (2006)
	Serviços públicos fornecidos por empresas privadas.	Amagoh (2009), Lagarde e Palmer (2009), Brudney et al. (2005)
	Relação contratual em que somente ofertas de empresas privadas são permitidas, e contratos podem ser negociados sem um processo competitivo.	Mills e Broomberg (1998)
	Contracting: é o mecanismo de compra utilizado para adquirir um serviço específico, de uma quantidade e qualidade definida, a um preço acordado entre as partes, de um fornecedor específico e para um período específico.	Organisation for Economic Co-operation and Development (2011)
Contratualização baseada em desempenho. (*Performance-based contracting*)	É uma forma específica de contratualização e pode ser definido como transferência de competências por um período de tempo definido baseado no emprego de um acordo formal escrito (contrato) por meio do qual o pagamento é realizado por uma autoridade do governo (o Estado) ... para o contratado (fornecedor) com base na realização de resultados pré-determinados. Em outras palavras, a transferência de recursos financeiros ou bens materiais está associada a uma ação concreta e mensurável ou atingimento de metas pré-determinadas com o provimento de recompensas pelo alcance ou superação da meta.	Organisation for Economic Co-operation and Development (2011)
	Um contrato que possui como foco os produtos (*outputs*), qualidade e resultados (*outcomes*) do fornecimento dos serviços e pode associar pelo menos uma porção do pagamento do contratado, bem como qualquer extensão ou renovação do contrato, com a realização do contrato.	Martin (2007)
	Especifica o tipo e nível de desempenho que o contratado deve alcançar.	Aristigueta e Foote (2009)

Vale destacar que o termo *contracting-out*, utilizado na literatura internacional e definido pela Organisation for Economic Co-operation and Development (2011) como "o desenho e implementação de um acordo devidamente documentado no qual o governo (comprador) fornece compensação a outra parte, externa ao governo (provedor) em troca de um conjunto definido de serviços para uma população alvo específica", implica em estratégias de privatização. Conforme Amagoh (2009) e Lagarde e Palmer (2009), *contracting-out* refere-se

a serviços públicos sendo fornecidos por empresas privadas. Sendo uma forma de privatização de serviços muito utilizada em países desenvolvidos, pressupõe que o controle continua sendo realizado pelo Estado, porém este escolhe uma empresa para produzir o serviço na expectativa de obter maior eficiência e economia de recursos na entrega dos serviços. Deste modo, convém ressaltar que privatização e contratualização (foco deste trabalho) são estratégias diferentes utilizadas pelo Estado e não devem ser confundidas.

Segundo Lu (2015), a contratualização baseada em desempenho incorpora medidas de desempenho na especificação do contrato e atrela alguns aspectos de compensação, tais como: pagamento, extensão ou renovação do contrato, seja totalmente ou parcialmente vinculado ao desempenho alcançado pelo prestador de serviço. Deste modo o gestor especifica o objetivo final desejado para os serviços contratados e proporciona certa liberdade ao prestador de serviço para determinar o melhor método para entregar o serviço e utilizar os recursos financeiros. Para Lu (2015, p. 4) é esperado que haja uma melhoria nos resultados e na qualidade do serviço prestado, bem como um aumento de eficiência, dado que, ao vincular as características de compensação na contratualização baseada em desempenho motiva o prestador a focar em resultados e consequentemente atingir melhores resultados (*outcomes*). Visto que o prestador de serviço possui certa liberdade para gerenciar as atividades, pode-se utilizar de boas práticas de mercado, qualidade e criatividade na prestação dos serviços. Com isto, a gestão tende a ganhar mais eficiência, pois não está sujeita a burocracia do órgão governamental.

Diante do exposto, é possível depreender que o contratado pode estar subordinado a incentivos (ou penalidades) financeiros que estão devidamente reconhecidos e alinhados entre as partes pelo documento contratual, atrelando ao menos uma parte do pagamento ao desempenho realizado. O contrato pode então ser uma forma de resolver o conflito de agência (vide seção 2.5), pois considerando a contratualização baseada em desempenho, o desenho do contrato indica as escolhas e objetivos do agente e principal, alinhando o objetivo a ser alcançado e definindo, mensurando e compensando o contratado pelos resultados (Selviaridis & Wynstra, 2015).

2.4.1. Fases da Contratualização

A literatura indica alguns passos que podem ser considerados pré-requisitos no processo de contratualização: avaliação da viabilidade (*make or buy decision*), capacidade de implementação e capacidade de avaliação do processo de contratualização (Amagoh, 2009; Amirkhanyan, Kim, & Lambright, 2012; Domberger & Hensher, 1993; Yang et al., 2009).

O primeiro passo é chamado de avaliação da viabilidade ou "*make or buy decision*" e refere-se a análise do ente público em determinar se o bem ou serviço deve ser produzido internamente pelo governo ou é passível de contratualização. Deve se levar em consideração a capacidade do mercado produzir, existência de um ambiente competitivo e uma análise comparativa dos custos envolvidos na contratualização (Amagoh, 2009; Brown et al., 2006; Domberger & Hensher, 1993; Shetterly, 2000).

Após o ente público tomar a decisão de contratualizar, o segundo passo chamado de capacidade de implementação, refere-se à capacidade do governo em estruturar e executar o processo de competição entre os possíveis fornecedores, apresentando claramente as especificações do serviço ou produto, penalidades e incentivos. A competição entre os fornecedores tende a estar associada a um menor custo dos serviços contratados, porém a escolha não se limita ao custo, abrangendo também a competência e análise do desempenho histórico do fornecedor. Além da escolha do contratado por realizar o serviço, o governo inicia a difícil tarefa de negociação e desenho do contrato, especificando os direitos e obrigações de cada parte, os mecanismos de incentivo, as medidas de desempenho que serão avaliadas, o período de duração, especificação do serviço a ser realizado, entre outros (Amagoh, 2009; Brown et al., 2006; Domberger & Hensher, 1993; Shetterly, 2000).

O terceiro passo refere-se à capacidade de avaliação do ente público no processo de contratualização e envolve avaliação e monitoramento constante do prestador de serviço para verificar a conformidade com os termos do contrato. Este monitoramento envolve avaliar, coletar e interpretar informações por meio de sistemas específicos, dados estes que podem ser utilizados para determinar se os serviços/produtos especificados estão sendo entregues, corrigir possíveis desvios e/ou implementar mecanismos de incentivos ou penalidades quando identificado anomalias (Amagoh, 2009; Brown et al., 2006; Brown & Potoski, 2003; Domberger & Hensher, 1993; Shetterly, 2000; Yang et al., 2009).

2.4.2. Fatores que podem influenciar o êxito no processo de contratualização

O sucesso do processo de contratualização envolve um efetivo planejamento, negociação, uma boa implementação e constante colaboração entre as partes contratadas. Para Romzek e Johnston (2002, p. 430) "a efetividade reflete a capacidade do Estado em desenhar, implementar, e gerenciar contratos relacionados a serviços sociais".

Romzek e Johnston (2002) analisaram alguns fatores que podem influenciar a implementação do contrato como: (i) o nível de competição entre os contratados; (ii) a adequação de recursos, que envolve a disponibilidade de recursos financeiros e físicos; (iii) a

especificação das medidas de desempenho do contrato; (iv) a proporção de treinamento designados aos gerentes que administram os contratos; (v) a avaliação da capacidade de pessoal do prestador de serviço; e (vi) a avaliação da capacidade do prestador de serviço em gerenciar as finanças. Os autores concluem que maior atenção à estas condições podem proporcionar uma implementação mais efetiva e um melhor gerenciamento do contrato (p. 424).

Para Behn e Kant (1999), a contratualização baseada em desempenho pressupõe maior responsabilidade do contratante e contratado no alcance dos resultados estabelecidos em contratos, entretanto a realidade da contratualização não é simples, e existem algumas falhas que podem minar a inovação, sucesso ou o bom desempenho dos contratos. Com o objetivo de evitar as possíveis falhas contratuais é preciso estabelecer estratégias, tais como: compreender a relação e a diferença entre a missão e os resultados, pois o primeiro refere-se ao sentido do verdadeiro propósito na contratação e o segundo ao quanto foi alcançado, ou seja, resultados concretos; criar contratos baseados em resultados que estão vinculados à missão e são simples de mensurar, compreender, reproduzir, bem como, facilmente comparável com outros fornecedores; iniciar o processo de contratualização com objetivos simples e incorporar novos desafios ao longo do tempo; monitorar frequentemente diversos indicadores, não somente os que estão estabelecidos no contrato; trabalhar de forma colaborativa com o prestador de serviço; e remunerar o fornecedor não somente pelo produto final (*outputs*), mas também por progressos significativos.

Os parágrafos acima apresentam algumas características indicadas pela literatura para se obter êxito no processo de contratualização, no entanto, Kavaliauskaite e Jucevicius (2010), ressaltam que parte do sucesso está atribuído à capacidade gerencial da instituição pública em gerenciar os contratos e a pré-disposição em lidar com as mudanças que a contratualização trouxe para a gestão pública. A efetiva capacidade da instituição pública em entregar serviços públicos por meio do processo de contratualização implica na capacidade de exercer suas funções de monitoramento e observação quanto ao cumprimento do contrato.

2.5. Teoria da Agência

A Teoria da Agência (*Agency Theory ou Principal-Agent Theory*) foi adotada neste estudo, pois tem sido uma das principais teorias utilizadas na literatura para estruturar e gerenciar relações contratuais e explicar o comportamento das partes, em especial nos processos de contratualização, em que uma entidade realiza algo em nome de outra (Lambright, 2009; Selviaridis & Wynstra, 2015; Witesman & Fernandez, 2012).

Contratualizar pressupõe uma relação de cooperação baseada em contrato, em que as partes são denominadas de principal e agente. O principal neste contexto refere-se ao governo que é reconhecido como o contratante, avaliador de informação e que se compromete a remunerar o agente. O agente por sua vez, é o prestador de serviço, também reconhecido como tomador de decisão, que possui conhecimento especializado na produção de bens ou serviços requeridos pelo governo e estabelece o compromisso de realizar determinadas tarefas em nome do principal (Amagoh, 2009; Brown et al., 2006; Hendriksen & Breda, 1999; Lambright, 2009).

No âmbito desta teoria, o contrato representa a principal ferramenta que governa a relação entre principal e agente. O objetivo central é determinar a eficiência do contrato, considerando os aspectos acerca das pessoas, das organizações, das informações que cercam a relação contratual, dos fatores de incertezas acerca do ambiente e do custo de obter informações, que fazem com que seja difícil o principal monitorar completamente o agente (Bergen, Dutta, & Walker Jr, 1992; Eisenhardt, 1989).

Uma relação de agência se inicia quando o governo contrata o agente ou prestador de serviços, para produzir à sociedade determinados bens e/ou serviços públicos em nome do governo. Jensen e Meckling (2008, p. 89) definem uma relação de agência como: “um contrato sob o qual uma ou mais pessoas (principal) emprega a outra pessoa (agente), para executar em seu nome um serviço que implique na delegação de algum poder de decisão ao agente”.

O interesse do principal pode não ser o objetivo do agente, se ambas as partes da relação forem maximizadoras de utilidade, assume-se que os atores possuem certa racionalidade e podem agir oportunisticamente (Lambright, 2009). Oportunismo ocorre quando as partes do contrato são norteadas por levar em consideração a maximização dos próprios interesses (Schepker, Oh, Martynov, & Poppo, 2014, p. 196).

Para Jensen e Meckling (2008), as relações contratuais representam a essência das organizações e o principal pode restringir possíveis desvios contratuais por meio da aplicação de incentivos compatíveis com o agente, de forma que o induza a agir de acordo com os objetivos do principal. Aplicar incentivos incorre em exercer monitoramento e consequente custos de monitoramento são necessários para acompanhar as ações do agente, característica inerente a qualquer situação que tenha o envolvimento cooperativo das partes (Jensen & Meckling, 2008).

Van Slyke (2003) resume da seguinte forma esta relação:

> O agente e o principal concordam sobre os termos do contrato que inclui os insumos, processos, resultados, qualidade, parâmetros de satisfação, monitoramento, requerimentos para o relatório de desempenho, como o agente deve ser compensado por realizar o trabalho do principal e quais penalidades serão aplicadas caso o principal identifique que o agente busca seus próprios objetivos acima dos objetivos do principal (p. 162).

Dentro da relação de agência então, pode ocorrer o chamado “problema/conflito de agência” que acontece quando as partes em colaboração possuem objetivos diferentes ou conflitantes, o que pode levar o agente a maximizar seus próprios interesses e se esquivar das suas atribuições instituídas em contrato, porque cada parte tende a obter o melhor acordo pensando em seus interesses individuais (Eisenhardt, 1989; Scott, 2014).

A Teoria da Agência se preocupa essencialmente em resolver o problema de agência, que pressupõe objetivos diferentes entre principal e agente, bem como a impossibilidade do principal em monitorar o agente, seja devido à dificuldade de acompanhar às ações do mesmo ou porque este processo incorreria em custos expressivos, fazendo com que mecanismos de governança sejam identificados para minimizar estes problemas (Eisenhardt, 1989).

Esta complexa relação entre agente e principal pode ocorrer devido a fatores como informação ou contratos não especificados corretamente e problemas em monitorar o comportamento do agente (Amagoh, 2009), sugerindo a existência de assimetria informacional. Assimetria informacional ocorre quando uma parte tem mais informações do que a outra, podendo trazer vantagem competitiva para o detentor da informação (agente), e fazer com que o agente se esquive de suas responsabilidades. Para Scott (2014), existem dois principais tipos de assimetria informacional: seleção adversa e risco moral.

Conforme apresentado na Tabela 3, seleção adversa pode ocorrer na fase pré-contratual e é também chamada de informação oculta, pois refere-se à informação privilegiada do agente, seja referente às suas reais habilidades na prestação de serviços ou qualquer outra característica que o principal não tem acesso e/ou não consegue verificar antes de entrar na relação.

Risco moral pode ocorrer na fase pós-contratual e é também chamado por alguns autores de ação oculta. Refere-se aos problemas que surgem quando o principal não consegue observar ou avaliar todas as ações do agente, não sendo possível estabelecer se o agente está agindo de acordo com as especificações do contrato e objetivo do principal. Deste modo, a Tabela 3 apresenta as principais definições identificadas na revisão de literatura.

Tabela 3
Diferenças entre risco moral e seleção adversa

Seleção Adversa (*Adverse Selection*)	**Risco Moral (*Moral Hazard*)**	**Autores**
É a situação em que existe vantagem informacional entre uma das partes e informação falsa da habilidade do agente ante o principal. Ocorre pois não é possível o principal verificar todas as habilidades do agente antes da contratação.	Refere-se à mudança de comportamento do agente e ocorre quando não existe a possibilidade de o principal acompanhar integralmente as ações do mesmo, bem como garantir que este não está se esquivando de suas atribuições.	Eisenhardt (1989)
Problema pré contratual - ocorre antes do principal decidir contratar o agente (i.e. critérios de seleção).	Problema pós contratual - ocorre após o comprometimento do principal e agente numa relação e refere-se basicamente às ferramentas de avaliação, incentivos e monitoramento do agente.	Bergen et al. (1992)
Informação oculta – o agente possui informação que o principal não possui e que pode afetar o processo decisório do principal.	Ação oculta – o principal não consegue observar ou avaliar todas as ações do agente.	Lambright (2009)
O principal não consegue observar características relevantes do agente antes de estabelecer o contrato.	O nível de esforço que o agente dedica para alcançar o objetivo do contrato, pode ser camuflado fazendo com que o principal faça uma suposição.	Caers et al. (2006)
Situação na qual o principal ingressa em uma relação contratual com o agente sem saber ao certo a dimensão dos riscos ou custos envolvidos.	Refere-se a comportamentos oportunistas por parte do agente em situações em que os objetivos divergem e o agente consegue esconder seu comportamento, ele estará motivado a agir conforme seus próprios interesses em detrimento aos interesses do principal.	Witesman e Fernandez (2012)
Oportunismo pré contratual – ocorre quando uma parte conhece mais atributos de um produto ou serviço que a outra parte e, como resultado, a parte desinformada corre o risco de adquirir um produto ou serviço de baixa qualidade.	Oportunismo pós contratual – ocorre quando uma parte do contrato utiliza informação e conhecimento, e age oportunisticamente, com base em seus próprios interesses, não considerando os objetivos estabelecidos no contrato.	Van Slyke (2003)
Informação oculta – possui como foco os problemas relacionados a seleção do agente e o potencial do agente falsear suas habilidades, seja na contratação ou durante as atividades.	Ação oculta – possui como foco os problemas que podem surgir da dificuldade do principal observar o agente, como burlar os controles ou falsear suas habilidades.	Wilding, Wagner, Fayezi, O'Loughlin, e Zutshi (2012)

Deste modo, conforme ressalta Van Slyke (2007, p. 162) existem duas premissas no modelo de principal-agente: (i) existe um conflito de objetivos entre principal e agente; (ii) e os agentes possuem mais informações do que o principal. Assim, para corrigir certas ineficiências e prevenir o oportunismo do agente que pode surgir do contrato devido ao risco moral e seleção adversa, um conjunto de incentivos deve ser especificado no próprio contrato, incluindo sistemas de informação e mecanismos de monitoramento que precisam ser implementados para validar se o desempenho confere com as especificações do contrato (Brown et al., 2006; Van Slyke, 2007).

Para Shetterly (2000), a motivação é um elemento central na relação contratual, porém problemas associados à motivação podem ocorrer devido às falhas de especificação no contrato, gerando conflitos de interesses e incongruências em relação aos objetivos e interesses do principal. Uma das formas de mitigar este comportamento é por meio do monitoramento do desempenho do agente, porém pode ser um procedimento custoso. No entanto, utilizar estruturas de incentivo estabelecidas no contrato podem encorajar o desempenho do agente para o benefício mútuo das partes, pois podem reduzir os conflitos, e isto faz parte da Teoria da Agência.

Incentivos contratuais podem ocorrer de duas formas: incentivos positivos - refere-se a recompensa por alcançar certa meta, sendo possível atrelar recompensa financeira ao bom desempenho; incentivos negativos - sanções ou penalidades devido ao desempenho insatisfatório, que deduz certo montante do pagamento do contratado. Incentivos são considerados uma das formas de responsabilizar o agente pelo desempenho e alinhar os interesses do principal e agente (Girth, 2014, p. 318; Shetterly, 2000).

2.6. Desempenho e Monitoramento

Ao iniciar esta seção, é importante esclarecer a diferença entre o desempenho do contrato (*contract performance*) e o desempenho da contratualização (*contracting performance*).

O desempenho do contrato possui como foco o desempenho do contratado (agente) e envolve o processo de desenho e implementação do contrato que por sua vez está ligado à análise, avaliação e atividades de monitoramento, que inclui a especificação de indicadores, para acompanhar se os objetivos do contrato estão sendo atendidos (Abramson, 2001).

O desempenho da contratualização é mais abrangente, inclui o desempenho do contrato, mas não se limita a este. Devido a contratualização ter se tornado uma estratégia popular de entrega de serviços públicos, o desempenho deste processo envolve mais que o documento contratual, pois requer primeiramente uma avaliação da viabilidade, que implica na capacidade de analisar se o bem ou serviço deve ser produzido internamente pelo governo ou contratualizado (*make or buy decision*); capacidade de implementação, que refere-se a abertura do processo de competição com os fornecedores, escolha do prestador de serviço, negociação e elaboração do contrato (inclui o processo de desenho e especificação do contrato); e capacidade de avaliação da contratualização, ou seja, a atividade de monitorar e avaliar o

desempenho do contratado para determinar se está de acordo com as atribuições especificadas em contrato (Brown & Potoski, 2003; Domberger & Hensher, 1993; Yang et al., 2009).

2.6.1. Desempenho do Contrato

O desempenho contratual é estar de acordo com as especificações do contrato, levando em consideração também aspectos qualitativos relacionados às características do serviço prestado, como a percepção pública da qualidade dos serviços. Já o monitoramento deste contrato consiste em assegurar que as ações do agente estão em conformidade com o contrato, envolvendo assim a necessidade de avaliar o desempenho e os resultados, "coletar e interpretar informações as quais podem determinar se as especificações dos bens e serviços estão sendo entregues" (Domberger & Hensher, 1993, p. 442).

Para Abramson (2001), o desempenho do contrato foi classificado em três categorias de indicadores que devem estar estabelecidas nos termos do contrato: (i) organização – refere-se a estrutura da organização que podem ser passíveis de negociação antes da assinatura do contrato, porém são compulsórias; (ii) entrega do serviço - pode ser analisada por meio de dados quantitativos analisados de acordo com o percentual da população atendida; (iii) e qualidade – baseado na eficiência e critérios de produção, os indicadores são medidos em termos de oportunidade, continuidade, adequação, acessibilidade e satisfação do cliente.

Bergen et al. (1992) apontam para dois tipos de problemas que podem ocorrer em uma relação de agência: (i) o problema pré contratual (seleção adversa ou informação oculta), ocorre quando o agente pode falsear sua real habilidade frente ao principal com o objetivo de ganhar o contrato ou alcançar termos vantajosos; (ii) e o problema pós contratual (risco moral ou ação oculta), ocorre quando o agente pode não agir de acordo com os objetivos estabelecidos pelo principal, fazendo com que o principal precise identificar formas de avaliar e recompensar o agente pelo desempenho realizado, para que este esteja motivado a agir de acordo com os objetivos do contrato, porém implica também em estabelecer estratégias para avaliar as ações do agente.

Uma das formas de motivar o agente a agir em consonância com o principal e reduzir a chance de ele se esquivar de suas obrigações é desenhar um contrato que os termos indiquem uma avaliação e remuneração do agente com base nos resultados alcançados. O contrato baseado em resultados, porém, deve incluir incentivos que motive o agente a buscar resultados compatíveis com o contratante (Bergen et al., 1992).

Estruturar contratos eficientes torna-se então o desafio do principal, contudo para um contrato com base em resultados ser eficiente para induzir o agente a agir de acordo com o

objetivo do principal, é necessário apresentar alguns requisitos como: (i) racionalidade individual – tem que ser interessante para o agente; (ii) utilidade reserva[4] – o agente identifica o contrato como a melhor oportunidade disponível; (iii) compatibilidade de incentivos – o maior incentivo financeiro atribuído ao agente refere-se às ações que mais se aproximam do objetivo do principal (Bergen et al., 1992).

O desenho do contrato (*contract design*) refere-se aos termos que especificam os papéis e responsabilidades para cada parte envolvida no acordo. Na contratualização, esta importante fase requer a observação de que alguns atributos, tais como: (i) estabelecer com clareza os objetivos da contratualização; (ii) definir os serviços contratualizados; (iii) estabelecer indicadores para acompanhar o desempenho do agente; (iv) determinar as metas a serem alcançadas; (v) indicar a estratégia estabelecida pelo principal para supervisionar e monitorar o desempenho do contrato, a sua periodicidade e a quem pertence esta responsabilidade; (iv) e estabelecer o vínculo entre pagamento e desempenho (Abramson, 2001).

A especificação do contrato (*contract specification*) por sua vez, corresponde ao (i) escopo e descrição dos serviços a serem realizados; (ii) a quantidade contratada e o resultado esperado; (iii) indica os tipos de incentivos e sanções; (iv) a programação dos pagamentos; (v) discriminação de como os serviços serão entregues; (v) e, os padrões de qualidade a serem alcançados (Brown et al., 2006; Shetterly, 2000).

Para Martin (1999), um dos maiores desafios dos governos na contratualização baseada em desempenho (*performance-based contracting*) é definir os objetivos de forma quantificável e que permita monitoramento, por conseguinte, os contratos passam pela fase de desenho do contrato (*contract design*) – informa ao contratado quais serviços devem ser realizados e como realizá-lo, e devem apresentar as formas de mensurar o desempenho (*contract performance*) que informa ao contratado o que é esperado em relação ao desempenho na prestação do serviço.

No modelo proposto por Martin (2005), o desenho do contrato refere-se aos insumos (*input*) e processos e o desempenho do contrato está relacionado com os produtos (*outputs*), qualidade e resultados (*outcomes*). A partir da década de 80, os contratos baseados em resultados migraram de um modelo baseado em insumos (*inputs*) para uma gestão baseada em desempenho que segue uma lógica de amadurecimento referente ao conceito de responsabilização por produtos e resultados, seja aqueles produzidos diretamente pelo governo ou contratados por ele (Martin, 2000).

[4] O nível mínimo de utilidade que precisa ser garantido por um contrato para fazê-lo aceitável para um agente (Black, Hashimzade, & Myles, 2009).

Com o objetivo de apresentar a definição de alguns termos citados anteriormente, a Tabela 4 sintetiza as principais definições.

Tabela 4
Definição de termos

Insumo (*Inputs*)	**Processo/Ações (*Process*/*Actions*)**	**Produtos (*Outputs*)**	**Qualidade (*Quality*)**	**Resultados (*Outcomes*)**	**Autores**
Algo que um sistema ou programa utiliza para atingir seu propósito.	Metodologia de entrega do serviço nos quais os insumos são consumidos e convertidos em produtos.	Algo que um sistema produz.	Número ou proporção de produtos que alcançam um padrão de qualidade.	São os resultados, realizações ou impactos alcançados.	Lawrence e Kettner (1996)
Recursos financeiros, recursos humanos e recursos institucionais.	Atividades realizadas que mobilizam os insumos para que produtos sejam elaborados.	Resultado imediato das ações - tangível ou intangível - que contribuem para o alcance dos resultados.	N/A	Mudança na situação mensurável e visível proveniente da ação.	Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura, (2011)
Recursos utilizados para produzir produtos.	N/A	É o produto final ou serviço entregue que por fim conduzirá a um resultado esperado.	N/A	São as consequências do produto.	Julnes (2006)
Especificação do Desenho		**Especificação do Desempenho**			

Nota. N/A = Não se aplica. Baseado em Lawrence e Kettner (1996).

De acordo com Liu, Hotchkiss, Bose, Bitran, e Giedion (2004, p. 15), “todos os projetos de contratualização desenvolvem alguns indicadores de desempenho com o objetivo de monitorar e avaliar o desempenho do contrato específico e verificar se atendem aos objetivos do contrato”. Os indicadores podem ser classificados de diversas formas, tais como: quantidade de serviço realizado a certa população, qualidade do serviço prestado, percentual da população alvo que recebeu o serviço específico, indicadores de cuidado hospitalar, entre outros.

Determinar indicadores e definir os critérios para analisá-los implica em conhecimento específico do principal e habilidade para gerenciar e avaliar o desempenho do contrato com sucesso, desafio que a administração pública têm enfrentado em muitos países (Kavaliauskaite & Jucevicius, 2010).

Abordado também por Appuhami, Perera, e Perera (2011), o monitoramento é considerado como uma estratégia de avaliação de desempenho e possibilidade de minimizar o risco relacional, pois permite o principal identificar a chance de o agente realizar algo que ele não apoiaria e minimizar possíveis comportamentos oportunistas. Identificado como uma forma

de controle para reduzir riscos, o monitoramento ocorre somente se o desempenho pode ser mensurável com base no comportamento e nos resultados do indivíduo (agente).

Desempenho do contrato é um termo recorrente nesta pesquisa e refere-se à capacidade de o prestador de serviço executar os serviços de acordo com as especificações do contrato, sendo avaliado pelo governo por medidas que acompanhem o desempenho e monitoramento (Domberger & Hensher, 1993). Embora a literatura internacional sobre contratualização seja relativamente extensa, o mesmo não se aplica para o desempenho do contrato, deste modo estudos como de Brown e Potoski (2003), Fernandez (2007), Fernandez (2009) e Shetterly (2000) foram utilizados como bases para definir e mensurar o desempenho do contrato.

Como apresentando anteriormente, a fundamentação teórica deste estudo está baseada na Teoria da Agência, caracterizada pelo governo atuando como principal e o agente como prestador de serviço (Amagoh, 2009; Brown et al., 2006; Hendriksen & Breda, 1999; Lambright, 2009). Nesta relação de agência utiliza-se o contrato como instrumento para governar a relação entre agente e principal determinando os objetivos da contratualização, as metas a serem alcançadas, os direitos e obrigações de cada parte, os resultados quantitativos e qualitativos exigidos do prestador de serviço, entre outros (Bergen et al., 1992; Eisenhardt, 1989).

Este contrato é fruto da segunda fase do processo de contratualização que reflete a fase de implementação, isto é, escolher o prestador de serviço, negociar o contrato e por fim estabelecer o desenho e especificação deste documento (Amagoh, 2009; Brown et al., 2006; Domberger & Hensher, 1993; Shetterly, 2000). A especificação do contrato é uma característica chave de qualquer relação contratual, segundo Romzek e Johnston (2005), refere-se à compreensão mútua das obrigações de cada parte envolvida, bem como a forma que o desempenho do agente será avaliado.

Shetterly (2000) ressalta que em toda relação contratual existe a preocupação de assegurar que o agente está agindo de acordo com os interesses do principal e, apesar de existir informação assimétrica inerente à relação contratual, o principal pode parcialmente se resguardar se houver um bom desenho do contrato, uma efetiva descrição das especificações da obrigação e direito de cada parte, assim como um bom monitoramento do contrato.

Na contratualização baseada em resultado, a assimetria informacional entre agente-principal pode ser reduzida se o principal utilizar de mecanismos de incentivo que motive o agente a agir de acordo com os interesses do principal, e o “monitoramento permite que o principal identifique comportamentos oportunistas e alinhe os comportamentos do agente com

seus próprios objetivos, ajudando assim a aprimorar os resultados da relação contratual" (Fernandez, 2009, p. 69).

A fim de motivar o agente a agir de acordo com o interesse do principal, sistemas de incentivo são estabelecidos no contrato com o objetivo de responsabilizar o agente pelos resultados alcançados bem como motivá-lo a executar o contrato de acordo com o estabelecido pelo principal (Shetterly, 2000).

Fernandez (2007) ressalta que forte ênfase é dada na etapa de especificação do contrato, pois quanto mais preciso e compreensível o documento for entre as partes, maior a transparência em relação aos objetivos do governo e maior a responsabilização do agente pelos resultados.

Como forma de identificar e acompanhar o desempenho do prestador de serviço, o principal estabelece mecanismos de avaliação e monitoramento com o objetivo de determinar se as ações do agente estão de acordo com as atribuições especificadas em contrato e em alinhamento com o objetivo do principal (Appuhami et al., 2011). O desempenho do contrato então está atrelado tanto a execução do prestador de serviço quanto ao desenho e especificação do contrato.

2.6.2. Desempenho da Contratualização

Os acordos de contratualização entre entes público e privados (seja com ou sem fins lucrativos) envolvem riscos inerentes a contratação de um agente para a prestação de serviços, que podem levar a falhas contratuais e insucesso do processo de contratualização. Brown e Potoski (2003) identificaram três fatores de riscos:

a) Características específicas dos serviços - referem-se às especificidades dos ativos e mensuração dos serviços. Ativos que servem exclusivamente para certa prestação de serviços, mas não se adaptam na produção de outros, criam uma vantagem para o agente que ganha o processo de contratualização, porém gera uma barreira de entrada para novos competidores. A mensuração dos serviços refere-se à dificuldade que os governos podem encontrar na mensuração dos resultados (*outcomes*) ou monitoramento das atividades pré-estabelecidas em contrato.
b) Incongruência de objetivos – gerada por assimetria informacional e conflito de interesses. Jing (2012) e Saz-Carranza e Serra (2009) ressaltam que contratos são incompletos e não é possível identificar um modelo perfeito entre ente público e entidades sem fins lucrativos, assim uma relação de confiança institucional deve existir entre as partes para reduzir a incerteza na relação.

c) Mercado não competitivo – ocasiona desvantagem na negociação dos contratos. De acordo com Fernandez (2007) “a concorrência entre fornecedores deveria aumentar a eficiência e os constranger a minimizar seus preços; isto também deveria encorajar os fornecedores a entregar a melhor qualidade possível dos serviços” (p. 1122).

A proposta de Brown e Potoski (2003) apresenta quatro formas de monitoramento de desempenho dos agentes que os governos poderiam utilizar para mitigar os riscos contratuais.

a) Monitorar as queixas dos cidadãos – visto que são o público alvo na contratação de bens e serviços, as reclamações dos cidadãos e usuários do serviço público servem como um indicativo de fraco desempenho. Jing (2012) aponta que a participação cidadã é uma ferramenta alternativa de governança para prevenir falhas contratuais.
b) Implementar pesquisas de satisfação: a qualidade do serviço prestado pode ser mensurada por pesquisa de satisfação indicando o desempenho do fornecedor de forma mais estruturada e menos enviesada.
c) Analisar os dados de desempenho: a análise de desempenho por meio dos dados é mais eficiente quando o contrato especifica os *outputs* e *outcomes*. Requer do contratado a necessidade de prover dados que pode implicar em custos, bem como o conhecimento especializado do contratante para analisar a informação corretamente.
d) Auditar em campo as atividades do agente: apesar de ser uma medida de alto custo para avaliar o desempenho do agente, a auditoria *in loco* permite ao governo ganhar conhecimento direto referente à qualidade do serviço, empenho do contratante e satisfação do cidadão.

O resultado da pesquisa de Brown e Potoski (2003) indica que o governo utiliza diferentes procedimentos de monitoramento dependendo do tipo de informação que espera receber do agente referente ao desempenho e comportamento do mesmo.

Fernandez (2009) quando analisa o desempenho da contratualização avalia a relação contratual entre os governos locais e prestadores de serviços privados nos Estados Unidos (com e sem fins lucrativos) destacando o crescimento do processo de contratualização de serviços que tem ganhado legitimidade, principalmente no aspecto de como os gestores públicos tem gerenciado efetivamente as relações contratuais com os prestadores de serviço. Compreender as ferramentas para uma gestão efetiva dos contratos permite acompanhar o desempenho da contratualização que, de acordo com os autores, pode ser influenciada pelos seguintes fatores: monitoramento, competição e confiança.

Na relação agente-principal o “monitoramento permite que o principal identifique comportamentos oportunistas e alinhe os comportamentos do agente com seus próprios objetivos, ajudando assim a aprimorar os resultados da relação contratual” (Fernandez, 2009, p. 69). Este alinhamento deveria ter um efeito positivo sobre os resultados do contrato, incluindo custos e qualidade do serviço.

A relação entre competição e contratos é complexa e envolvem diversas dimensões de desempenho como a redução de custos e estímulo à concorrência no mercado. Competição na entrega de serviços públicos permite que os fornecedores entrem em concorrência entre si para prestar serviços em nome do governo (Scales, 1997), porém Romzek e Johnston (2005) discutem que no modelo relacional de contratualização (*relacional contracting*) a relação é baseada na confiança entre agente e principal que reconhecem a ausência do mercado competitivo podendo levar a uma relação de longo prazo entre agências do governo e os prestadores de serviços (Amirkhanyan et al., 2012).

DeHoog (1990) afirma que na contratualização, sob o modelo de competição, o governo pode escolher no processo de concorrência, aqueles fornecedores que serão responsáveis por executar um serviço específico ao menor custo. A premissa de executar o serviço com a melhor qualidade e ao menor custo exige que a relação contratual apresente características como a especificação completa do serviço requerido e procedimentos objetivos de custo e desempenho.

Embora o modelo apresente certas limitações, existe maior probabilidade de sucesso se (i) houver competição – quando várias organizações disputam o contrato; (ii) apropriada organização de recursos – quando o agente e principal dispõem do tempo, recursos e conhecimento para participar de processos complexos de contratualização; e (iii) segurança – quando a capacidade de financiamento do governo, a necessidade do agente e os serviços de tecnologias estão relativamente alinhados (DeHoog, 1990).

Na revisão de literatura realizada por Selviaridis e Wynstra (2015), a teoria da agência é a uma das mais utilizadas nos estudos sobre contratualização baseada em resultados (cerca de 40% dos artigos selecionados), e o desenho e gerenciamento dos contratos neste processo podem ser vistos sob três dimensões inter-relacionadas: (i) desempenho: processo e prática de especificação, mensuração, avaliação e reporte do desempenho; (ii) incentivos: financeiro e não financeiro e seu impacto sobre o comportamento do agente; (iii) risco: financeiros e operacionais. O estudo abrangendo o período de 1985 a 2014 analisou 214 artigos e dentre as áreas analisadas, cerca de 34% das pesquisas eram referentes a área da saúde devido à emergente tendência de contratualizar os serviços de saúde. Este estudo indica assim, certa representatividade de evidências empíricas discutindo o papel do setor privado (com e sem fins

lucrativos) em entregar infraestrutura e serviços públicos, bem como a transferência de riscos para o setor privado aumentando a responsabilidade do setor público em prestar conta dos recursos (Selviaridis & Wynstra, 2015).

O desempenho da contratualização estudado por Fernandez (2007) identifica três correntes de pesquisa utilizadas para analisar como gerenciar a relação contratual efetivamente. A primeira corrente retrata a visão clássica de como os serviços de contratualização devem ocorrer e é influenciada pela teoria da agência, isto é, o agente e o principal podem apresentar interesses diferentes e o sucesso da contratualização depende de um conjunto de fatores e práticas que ajudam a estabelecer a relação contratual de forma que limite o agente a agir oportunisticamente. Dentro desta perspectiva, as atividades de monitoramento são fortemente recomendadas, pois o constante monitoramento tende a aumentar a chance de sucesso na contratualização ao identificar oportunidades que o agente poderia agir com oportunismo e ao acompanhar as variações no desempenho do contratado.

A segunda corrente na literatura aborda a contratualização relacional e referem-se a contratos cooperativos que são por natureza mais flexíveis, pois pressupõe maior confiança entre as partes envolvidas no processo, comunicação frequente e a junção de esforços para resolver possíveis problemas que aparecerem durante o prazo contratual.

Por fim, a terceira corrente de pesquisas que abordam o gerenciamento contratual efetivo é a política de implementação. Segundo Fernandez (2007, p. 1128), “governos nos EUA têm frequentemente implementado políticas por meio de arranjos contratuais com uma ou mais organizações que vinculam uma distribuição de medidas de execução através das fronteiras organizacionais e setores”.

A pesquisa de Fernandez (2007) utilizou-se destas três correntes teóricas para estabelecer variáveis e analisar o desempenho da contratualização. No que tange à teoria da agência as variáveis escolhidas foram relacionadas a competição, especificação do contrato e monitoramento. Acerca da literatura de contratualização relacional, as variáveis escolhidas no estudo foram relacionadas a alternativas para resolver as disputas, incentivos financeiros no contrato, medidas de comunicação entre as partes e duração do contrato. Utilizando como base a literatura de implementação de políticas, as seguintes variáveis foram utilizadas no estudo: suporte político para iniciativas de contratualização, recursos financeiros comprometidos para o contrato, e o número de subcontratados envolvidos na entrega dos serviços. A amostra foi composta por 982 contratos realizados com o governo local referente aos anos de 2002 e 2003; a pesquisa utilizou-se de questionários para extrair as informações para análise e o

procedimento adotado para análise dos dados foi o SWAT (*Substantively Weighted Analytic Techniques*).

O resultado aponta para fatores que podem ser manipulados para melhorar o desempenho da contratualização e alguns achados corroboram com a teoria da agência quando trata da assimetria informacional e criação de incentivos para minimizar comportamento oportunístico. No entanto, o estudo indica que rigor excessivo na especificação do contrato e monitoramento não resultam em melhorias no desempenho da contratualização. O estudo aponta que um gerenciamento flexível e de forma cooperativa gera um melhor desempenho, embora mecanismos de incentivo e punição aplicados pelo principal podem também contribuir.

Diante do exposto é possível depreender que conforme Brown e Potoski (2003), Fernandez (2007, 2009), Selviaridis e Wynstra (2015), e Romzek e Johnston (2002), analisar o desempenho da contratualização têm sido um tema recorrente, pois as relações contratuais podem ser complexas. Tanto o governo quanto as organizações contratadas para a prestação de serviço necessitam de boas ferramentas de gestão para desempenhar e monitorar efetivamente o processo e assegurar que a contratualização conquiste o resultado (*outcomes*) ou ainda conforme Trosa (2010), os impactos desejados.

Ressalta-se que a ênfase deste estudo não está no desempenho da contratualização, pois conforme exposto acima, esta complexa análise envolveria avaliar todas as etapas do processo de contratualização, especialmente os impactos que esta decisão do governo pode proporcionar para a sociedade, seja em termos de qualidade dos serviços prestados, melhorias apresentadas pela população alvo que recebeu o serviço específico, ou outras formas de analisar o desempenho como um todo. O objetivo também não é analisar o desempenho da contratualização sob o ponto de vista da redução de custo que o governo pode obter ao contratualizar o serviço público, corroborando com Fernandez (2009, p. 76) ao afirmar “que o desempenho da contratualização é um conceito multidimensional que captura importantes aspectos do desempenho do prestador de serviço que está sob um contrato”.

Este estudo explora o desempenho do contrato que é um dos principais elementos da contratualização, especialmente na relação estabelecida entre agente e principal e está relacionado a execução do contrato e desempenho do próprio prestador de serviço.

2.7. Eficiência Técnica dos Hospitais

O conceito de eficiência técnica refere-se a análise da relação entre insumos e produtos, ou seja, a quantidade de fatores utilizados na produção e a quantidade produzida. Considerando

um hospital, os insumos referem-se aos recursos utilizados e os produtos podem ser considerados como a quantidade de pacientes atendidos em uma certa especialidade médica (Jacobs, 2001).

Segundo Magnussen (1996, p. 23), para os hospitais o conceito de eficiência técnica indica que "um hospital é considerado tecnicamente eficiente se um aumento em um *output* requerer um decréscimo em pelo menos um outro *output*, ou um aumento em pelo menos um *input*".

A literatura apresenta que a mensuração da eficiência técnica pode ocorrer por técnicas paramétricas e não paramétricas. A literatura é vasta em se tratar de análise de eficiência tais como: Elyasiani, Mehdian, e Rezvanian (1994) que analisaram a relação entre produção e desempenho financeiro, Czypionka, Kraus, Mayer, e Röhrling (2014) que utilizaram variáveis para analisar a eficiência, tipo de propriedade e financiamento de hospitais, Masiye (2007) que investigou sobre o desempenho do sistema de saúde. O desempenho de hospitais é amplamente estudado como apresentado no trabalho de Grosskopf e Valdmanis (1987) e Hofmarcher, Paterson, e Riedel (2002) e a comparação entre eficiência e qualidade que foi analisada por Nayar e Ozcan (2008).

Algumas variáveis de insumos e produtos são relativamente similares e recorrentes nas análises de eficiência dos hospitais. A título de exemplo, variáveis como número de leitos, quantidade de médicos, enfermeiros, funcionários e número de equipamentos, são comumente utilizadas como insumos. Os produtos frequentemente utilizados referem-se à quantidade realizada de internações, partos, saídas hospitalares e por vezes, indicadores de qualidade como percentual de pacientes em tratamento em determinada área médica (Czypionka et al., 2014; Magnussen, 1996; Masiye, 2007; Nayar & Ozcan, 2008).

Na pesquisa de Czypionka et al. (2014) realizada na Áustria, os autores utilizaram o DEA na análise quantitativa de dados para estudar a eficiência dos hospitais públicos e privados, bem como utilizaram também de regressão com dados de corte transversal (método de estimação OLS). Para a amostra de 128 hospitais os *inputs* foram as quantidades de médicos, enfermeiros, número de funcionários excluindo os médicos e enfermeiros, funcionário não médicos, despesas operacionais, custo de capital de investimento e custos secundários de pessoal, e os *outputs* foram DRG *points* (*diagnose-related group*) e quantidade de pacientes ambulatoriais. O resultado indica que os hospitais sem fins lucrativos apresentam ser mais eficientes, especialmente os que possuem entre 200 e 400 leitos operacionais.

O estudo de Trivelato et al. (2015) utilizou o DEA na análise quantitativa de dados para estudar a eficiência técnica de hospitais públicos, filantrópicos e privados e alocação de recursos

econômico-financeiros. Para a amostra de 35 hospitais brasileiros foram utilizados dados de 2012, e considerados como *inputs* o número de leitos em operação, número de funcionários não médicos, número de médicos, número de equipamentos de diagnóstico, e *outputs* o número de pacientes internados, número de pacientes ambulatoriais, número de cirurgias e número de pacientes atendidos. O resultado financeiro dos hospitais foi analisado juntamente com os índices de eficiência técnica dos hospitais e a conclusão do artigo indica que os hospitais públicos e privados foram classificados como mais eficientes, ficando os filantrópicos com menor número de hospitais eficientes e existe uma relação positiva entre liquidez e eficiência.

Ainda no contexto de operacionalizar dados financeiros e contábeis, o estudo de Younis et al. (2006) realizado nos Estados Unidos da América com uma amostra de 3461 hospitais, procurou analisar por meio de regressão linear os fatores que afetam a rentabilidade dos hospitais. Tendo como variável dependente a rentabilidade do ativo (ROA) e variável independente a localização geográfica do hospital, o tipo de propriedade, *dummy* se é hospital de ensino, *dummy* se o hospital é com ou sem fins lucrativos, *dummy* se o hospital possui acesso crítico, idade do empreendimento, tempo de permanência dos pacientes, quantidade de leitos operacionais, quantidade de empregados, taxa de ocupação e número médio dos pacientes internados, o resultado indica que fatores como localização geográfica, porte do hospital, taxa de ocupação e competição afetam a rentabilidade dos hospitais.

Discutir a eficiência no processo de contratualização é um tópico recorrente, no entanto, conforme retrata a revisão de literatura apresentada por Mills e Broomberg (1998), os estudos concluem que existem evidências limitadas e por vezes contraditórias quanto: ao impacto da contratualização sobre a eficiência, as condições necessárias para alcançar ganhos de eficiência, os aspectos do desenho do contrato que podem impactar no comportamento do prestador de serviço e na eficiência como consequência, e por fim a capacidade do governo em regular e monitorar efetivamente o contratado, que pode indicar ganhos de eficiência.

2.8. Definição de contabilidade e o seu papel nas organizações

Definir contabilidade não é uma tarefa simples, devido a isto muitos autores (Hendriksen & Breda, 1999; Iudícibus, 2009; Lopes & Martins, 2007) abordam com mais ênfase os objetivos da contabilidade, mas não sua definição, pois defini-la seria limitá-la de certa forma.

Apesar destas limitações, é possível identificar autores que classificam a contabilidade como uma ciência social aplicada, que estuda a situação econômico-financeira da entidade, com

o propósito de prover informações para a tomada de decisão dos agentes econômicos e permitir maior transparência da entidade ante à sociedade (Iudícibus, Martins, & Carvalho, 2005).

Hendriksen e Breda (1999) utilizam-se da definição de contabilidade estabelecida por *A Statement of Basic Accounting Theory (*ASOBAT) em 1966, que trata do papel da contabilidade em identificar, mensurar e evidenciar fatos relevantes da entidade que possam influenciar na tomada de decisão do usuário. Esta definição trouxe a preocupação com o usuário externo e não mais o foco no proprietário como principal usuário da contabilidade, mas sim o usuário investidor, credor, que utiliza das demonstrações contábeis de forma racional para a tomada de decisão.

A contabilidade analisada sob a perspectiva informacional deve ter como objetivo repassar aos investidores a real situação da empresa através das suas demonstrações financeiras incluindo os atributos qualitativos como relevância, materialidade, informação tempestiva, entre outros.

A abordagem positiva da contabilidade trazida por Watts e Zimmerman (1986) acrescenta também a visão da contabilidade com a capacidade de prever e explicar a prática contábil. A contabilidade é o instrumento que a empresa possui para reconhecimento, mensuração e divulgação das informações econômicas e financeiras, pois está submetida a diversos princípios, postulados, convenções e normas (CPC, IASB, FASB) estabelecidas e convencionadas mundialmente (Lopes & Martins, 2007).

Iudícibus (2009) acrescenta que a definição de contabilidade está associada ao seu caráter econômico e social, pois na sua evolução tinha inicialmente a característica de escrituração e mensuração do patrimônio, porém o desenvolvimento da sociedade trouxe também o desenvolvimento da contabilidade, que assumiu novas responsabilidades e trouxe a importância de registrar a essência das transações econômicas e o seu caráter de ciência social.

Conforme apresentado na seção 2.5, a Teoria da Agência estabelece uma relação entre agente e principal, em que o agente é contratado para agir em nome do principal e atua com o objetivo de maximizar o bem-estar dele, sendo remunerado com este propósito (Watts & Zimmerman, 1986).

O conflito de agência ocorre quando o agente não realiza sua tarefa de acordo com o estabelecido e pode se esquivar do compromisso ou agir em seu próprio interesse, pois o principal não consegue acompanhar efetivamente o que vem sendo feito pelo agente (Watts & Zimmerman, 1986).

Surge assim o problema de assimetria informacional, pois o principal não consegue acompanhar as atividades do agente e este agente repassa somente as informações que convém.

O estudo de Jensen e Meckling (1976) ressalta que na teoria da agência sempre haverá custos de agência, devido à constante necessidade de o principal monitorar os diversos agentes e reduzir a assimetria informacional.

A assimetria informacional ocorre quando uma parte tem mais informações do que a outra e esta informação pode trazer vantagem competitiva para o detentor da informação. Akerlof (1970) no artigo denominado "*Market for Lemons*", trouxe a perspectiva da assimetria da informação no exemplo do mercado de veículo, quando o dono tem pleno conhecimento da real situação do seu veículo, porém pode repassar ao comprador apenas o que lhe é conveniente.

A perspectiva informacional abordada por Scott (2014) trata da contabilidade como um instrumento na redução da assimetria informacional em cenários de conflito de agência. Outros mecanismos também podem ser considerados como redutores do conflito de agência e assimetria informacional: auditores que analisam as demonstrações financeiras e validam o conteúdo antes da divulgação, e os analistas de mercado que estudam as divulgações da empresa afim de realizar uma boa indicação de compra e venda.

Para Lopes e Martins (2007), a assimetria informacional ressalta a importância da contabilidade, pois dificilmente um usuário externo terá acesso ao mesmo tipo e qualidade da informação como um gestor interno. Desta forma se não houvesse assimetria, ou seja, se todas as informações estivessem disponíveis a todos o tempo todo, a contabilidade não teria tanta importância. É justamente em um cenário onde as informações não estão disponíveis de forma abrangente, que a contabilidade atua como redutora da assimetria informacional, proporcionando informações relevantes, tempestivas e materiais que permitam o verdadeiro acompanhamento dos eventos econômicos e financeiros que impactaram o patrimônio da entidade no período.

O papel da contabilidade dentro da relação contratual é fundamental e auxilia na implementação e execução dos contratos. De acordo com Sunder (2014), uma firma pode ser vista como um conjunto de contratos entre agentes racionais e este impõe que a empresa (agente) contribua com recurso, seja este capital ou informação, e em compensação adquire o direito de ser remunerado pela atividade.

Nesta visão de Sunder (2014), a contabilidade desempenha cinco funções que permitem a firma funcionar: (i) determina a contribuição de cada parte no contrato; (ii) avalia e remunera o direito de cada agente; (iii) informa os participantes sobre o nível de desempenho e realização dos contratos; (iv) ajuda a manter a liquidez para as participações contratuais e para os fatores de produção proporcionados por cada agente; e (v) permite o conhecimento comum de informações relevantes na renegociação dos contratos.

Determinar a contribuição de cada parte no contrato indica que a contabilidade e os controles que a empresa possui são utilizados para registrar os recursos (capital, informação, serviço) que os agentes adicionaram à empresa e compará-los com as obrigações estabelecidas em contrato. Avaliar e remunerar o direito de cada agente diz respeito ao papel da contabilidade em determinar o direito que o agente possui em receber os recursos da empresa, de acordo com o serviço realizado ou a sua contribuição na empresa.

Informar aos participantes sobre o nível de desempenho e realização dos contratos refere-se à capacidade da contabilidade de prover informação tempestiva de recebimento e pagamento permitindo maior controle dos direitos e obrigações, bem como, auxiliando em eventuais disputas e no fornecimento de documentos oficiais, como notas fiscais, recibos entre outros. A contabilidade também ajuda a manter a liquidez para as participações contratuais e para os fatores de produção proporcionados por cada agente e isto envolve transparência nas relações e operações sinalizando um mercado líquido em que existe entrada e saída de agentes.

Os contratos de compra e venda são periodicamente renegociados e o conhecimento comum de informações relevantes na renegociação dos contratos faz parte das funções da contabilidade em oferecer informação de forma que todos possuam acesso, com o objetivo de facilitar a renegociação dos mesmos. As demonstrações financeiras, notas explicativas e evidenciação de políticas contábeis, fazem parte do compromisso da contabilidade em reduzir as assimetrias informacionais ao compartilhar uma base comum de informações a todos os usuários externos.

2.9. Situação Econômico-Financeira e Indicadores

O início desta seção requer uma definição simples e objetiva quanto aos termos econômico e financeiro. Utilizando a visão de Matarazzo (2010), em análise de balanços o termo econômico diz respeito ao lucro e consequentemente ao patrimônio líquido (PL), pois o lucro aumenta o PL. O termo financeiro refere-se a dinheiro, ou seja, o saldo de caixa se analisado de forma restrita e o caixa circulante líquido, se analisado de forma mais ampla. O resultado econômico pode ser considerado sinônimo de lucro ou prejuízo, no entanto, não indica necessariamente aumento ou redução das disponibilidades, pois a entidade pode apresentar uma boa situação econômica e não possuir recursos para liquidar os compromissos assumidos.

A análise econômico-financeira utiliza-se das informações extraídas das Demonstrações Contábeis que por meio de indicadores avalia o comportamento da empresa ou organização sob determinado aspecto. Estas demonstrações são elaboradas pelas instituições de acordo com as

normas de contabilidade vigentes no Brasil. A Lei 6.404/76 estabelece que ao final de cada exercício social, as seguintes demonstrações financeiras devem ser elaboradas: Balanço Patrimonial (BP), Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL), Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC) e Notas Explicativas (NE) (Lei nº 6.404, 1976).

O Balanço Patrimonial (BP) é composto pelos ativos, passivos e patrimônio líquido; a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) apresenta a abertura de receitas e despesas apuradas no período; a Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL) mostra as variações das contas do Patrimônio Líquido; a Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC) apresenta as fontes e aplicações dos recursos e as Notas Explicativas (NE) são informações complementares para esclarecimento da situação patrimonial e dos resultados do exercício.

As entidades sem fins lucrativos devem atender as práticas contábeis adotadas no Brasil de acordo com os requisitos estabelecidos na Lei nº 6.404/76 considerando as alterações contempladas na Lei nº. 11.638/07, os Pronunciamentos, Orientações e Interpretações emitidas pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC), e a legislação específica (ITG 2002) emitida pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC) para entidades sem finalidade de lucros.

De acordo com o parágrafo primeiro da Resolução CFC nº 1.409/2012 (Conselho Federal de Contabilidade, 2012):

> Esta Interpretação estabelece critérios e procedimentos específicos de avaliação, de registro das transações e variações patrimoniais, de estruturação das demonstrações contábeis, e as informações mínimas a serem divulgadas em notas explicativas da entidade sem finalidade de lucros (p. 1).

O Conselho Federal de Contabilidade (2012) aponta para termos específicos voltado às entidades sem fins lucrativos, tais como lucros e prejuízos registrados pela entidade devem ser nomeados de superávits ou déficits respectivamente e em termos de divulgação das demonstrações contábeis existe uma diferenciação de nomenclatura referente à Demonstração do Resultado, ao invés de Demonstração do Resultado do Exercício.

No contexto das OSS a principal fonte de receita para custeio das atividades provém da Secretaria de Estado da Saúde, nos montantes estabelecidos no contrato de gestão e sob a forma de subvenção governamental. Segundo o Comitê de Pronunciamentos Contábeis (2010):

> Subvenção governamental é uma assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida a uma entidade normalmente em troca do cumprimento passado ou futuro de certas condições relacionadas às atividades operacionais da entidade (p. 2).

Valores repassados às OSS por meio de contrato de gestão ou termos aditivos tendo como fim a aquisição de ativos são denominados no instrumento contratual de “recursos financeiros de investimento”, no entanto conforme Comitê de Pronunciamentos Contábeis

(2010) a expressão utilizada deveria Subvenção Relacionadas a Ativos, que são "subvenções governamentais cuja condição principal para que a entidade se qualifique é a de que ela compre, construa ou de outra forma adquira ativos de longo prazo" (p. 3).

Os registros contábeis das entidades sem fins lucrativos apresentam certas particularidades, pois enquanto não forem atendidos os requisitos para reconhecimento da subvenção, tais como o cumprimento das condições estabelecidas e atreladas à subvenção, do mesmo modo que o recebimento da mesma, o montante não pode ser reconhecido como receita. Realizado o reconhecimento em contas de receita, o montante deve ser confrontado com as despesas que pretende compensar, não podendo ser creditado diretamente no patrimônio líquido da entidade.

Segundo Slomski et al. (2012), as demonstrações contábeis possuem como propósito "a representação da posição patrimonial, financeira e do desempenho financeiro de uma entidade" (p. 12), de forma que a informação seja útil aos usuários, forneça subsídios para a tomada de decisão e evidencie *accountability* da entidade em relação aos recursos financeiros que foram repassados.

De acordo com o Conselho Federal de Contabilidade (2012), na divulgação contábil praticada pelas entidades sem fins lucrativos, as notas explicativas devem conter:

a) contexto operacional da entidade, incluindo a natureza social e econômica e os objetivos sociais
b) os critérios de apuração da receita e da despesa, especialmente com gratuidade, doação, subvenção, contribuição e aplicação de recursos;
c) as isenções tributárias relacionadas com a atividade devem ser demonstradas como se a entidade não gozasse de isenção;
d) as subvenções recebidas pela entidade, a aplicação dos recursos e as responsabilidades decorrentes dessas subvenções;
e) os recursos de aplicação restrita e as responsabilidades decorrentes destes;
f) os recursos sujeitos a restrição ou vinculação por parte do doador;
g) eventos subsequentes à data do encerramento do exercício que tenham, ou possam vir a ter, efeito relevante sobre a situação financeira e os resultados futuros da entidade;
h) as taxas de juros, as datas de vencimento e as garantias das obrigações a longo prazo;
i) informações sobre os seguros contratados;
j) a entidade educacional de ensino superior deve evidenciar a adequação da receita com a despesa de pessoal, segundo parâmetros estabelecidos pela lei das Diretrizes e Bases da Educação e sua regulamentação;
k) os critérios e procedimentos do registro contábil de depreciação, amortização e exaustão do ativo imobilizado, devendo ser observado a obrigatoriedade do reconhecimento com base em estimativa de sua vida útil ou econômica;
l) segregar os atendimentos com recursos próprios dos demais atendimentos realizados pela entidade;
m) todas as gratuidades praticadas devem ser registradas de forma segregada, destacando aquelas que devem ser utilizadas na prestação de contas junto aos órgãos governamentais, apresentando dados quantitativos e qualitativos, ou seja, valores dos benefícios, número de atendidos, número de atendimentos, número de bolsistas com valores e percentuais representativos;
n) a entidade deve demonstrar, comparativamente, o custo e o valor recebido quando este valor não cobrir os custos dos serviços prestados (p. 4).

No entanto, vale ressaltar que conforme Flach e Gonçalves (2013) e Ramos e Klann (2014), estudos que analisam a qualidade da informação contábil divulgada pelas entidades do

terceiro setor apontam para um baixo nível de evidenciação contábil e não conformidade plena com as normas de contabilidade aplicadas ao setor sem fins lucrativos, suscitando questionamentos acerca da transparência, da capacidade informacional que as demonstrações possuem e da responsabilização dos gestores das entidades quanto ao uso do recurso financeiro.

Cabe salientar que no contexto das entidades sem fins lucrativos, o principal objetivo das entidades não se estabelece sob a ênfase em gerar lucros, mas sim atender aos objetivos sociais e públicos. Diante do exposto, as análises dos indicadores econômico-financeiros apresentam certas particularidades, em especial em relação às OSS, pois a fonte de recurso é pública e os gestores necessitam adequar ferramentas de gerenciamento para obter os melhores resultados.

Índices fornecem uma visão ampla da companhia e representam "a relação entre contas ou grupo de contas das demonstrações financeiras, que visa evidenciar determinado aspecto da situação econômica ou financeira de uma empresa" (Matarazzo, 2010, p. 96). A literatura aponta para três principais grupos de indicadores capazes de extrair informações acerca da situação financeira (índices de estrutura e liquidez), e sobre a situação econômica (índices de rentabilidade) (Martins, Miranda, & Diniz, 2014; Matarazzo, 2010).

Os índices de estrutura de capitais sinalizam as decisões financeiras da entidade em relação a obtenção e aplicação de recursos. São chamados também de índices de endividamento e possuem como objetivo apontar o grau de endividamento de uma organização, ou seja, o quanto que ela utiliza de capital próprio e de terceiros para realizar suas operações.

Os índices de liquidez indicam a situação financeira da entidade e a sua solidez, indicando inclusive sua capacidade de liquidar os compromissos assumidos. Os índices de rentabilidade representam a rentabilidade dos capitais investidos e qual o êxito econômico da entidade. Segundo Iudícibus (1998), "os índices de rentabilidade indicam a capacidade da empresa em continuar em operação e normalmente relacionam os resultados obtidos com 'algum valor que expresse a dimensão' relativa do mesmo, para analisar quão bem se saiu a empresa em determinado período" (p. 88).

A Tabela 5 apresenta os principais índices econômico-financeiros selecionados para este trabalho e foram baseados em Matarazzo (2010) e Martins, Diniz, e Miranda (2012). Vale destacar que a utilização de indicadores para extrair informações relevantes das demonstrações financeiras é uma técnica amplamente utilizada por empresas em geral, considerando com e sem fins lucrativos, e os indicadores selecionados abaixo apresentam evidências em estudos anteriores realizados com hospitais sem fins lucrativos, corroborando assim para a seleção dos mesmos e permitindo uma análise mais fundamentada dos resultados.

2.9.1. Descrição dos Indicadores

2.9.1.1. Indicadores de Estrutura de Capital

Participação de Capitais de Terceiros (PCT). Chamado também de Grau de Endividamento, este indicador representa o grau de risco ou de dependência a terceiros ao relacionar duas importantes fonte de recursos: capitais de terceiros e ativo total (Equação 1). A interpretação para este indicador é quanto menor, melhor, ou seja, quanto a organização tomou de capitais de terceiros para cada $1,00 investido no ativo e quanto menor for o índice, menor a dependência da organização em relação ao capital de terceiros (Assaf Neto, 2012; Matarazzo, 2010).

$$\text{PCT} = \frac{\text{Capital de Terceiros}}{\text{Ativo Total}} \tag{1}$$

Composição do Endividamento (CE). Este indicador apresenta o quanto que as obrigações de curto prazo representam em relação às obrigações totais (Equação 2). A interpretação para este indicador é quanto menor, melhor, pois as obrigações que precisam ser pagas no curto prazo requerem a disponibilidade de recursos praticamente imediata. Deste modo, o ideal para esse índice é ser menor do que 1, sinalizando que o endividamento da organização é de longo prazo (Assaf Neto, 2012; Matarazzo, 2010).

$$\text{CE} = \frac{\text{Passivo Circulante}}{\text{Capitais de Terceiros}} \tag{2}$$

Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL). Refere-se ao quanto que a organização aplicou no Ativo Permanente para cada $1,00 de Patrimônio Líquido (Equação 3). A interpretação é quanto menor, melhor, pois quanto mais a empresa investir no Ativo Permanente, menos recursos serão disponibilizados para o Ativo Circulante, que poderá acarretar uma maior necessidade de depender de capitais de terceiros para o financiamento de suas atividades no curto prazo. A parcela do Patrimônio Líquido aplicada no Ativo Circulante é denominada Capital Circulante Próprio (CCP) (Assaf Neto, 2012; Matarazzo, 2010).

Conforme determina a Lei nº 11.638/07 o Ativo Não Circulante é composto por ativo realizável a longo prazo, investimentos, imobilizado e intangível (Lei nº 11.638, 2007). De acordo com Martins, Diniz, e Miranda (2012), “a expressão ‘Ativo Permanente’ não existe mais na legislação contábil brasileira, mas a mantemos aqui para aglutinar os ativos imobilizados, os

investimentos e os ativos intangíveis, que são os três grupos de ativos mais ‘imóveis’, normalmente de mais longo prazo de permanência no balanço” (p. 219).

$$\text{IPL} = \frac{\text{Ativo Permanente}}{\text{Patrimônio Líquido}} \tag{3}$$

2.9.1.2. Indicadores de Liquidez

Liquidez Corrente (LC). Este indicador representa o quanto que a entidade possui no Ativo Circulante para cada $ 1,00 de Passivo Circulante ou de dívidas a curto prazo (Equação 4). A interpretação infere que quanto maior a liquidez corrente, maior a capacidade da entidade em financiar suas atividades operacionais. De acordo com Assaf Neto (2012), a Liquidez Corrente maior que 1,0 denota Capital Circulante Líquido positivo, igual a 1,0 indica Capital Circulante Líquido nulo e menor que 1,0 Capital Circulante Líquido negativo. O Capital Circulante Líquido pode ser definido como “o excedente das aplicações a curto prazo (em ativo circulante) em relação às captações de recursos processadas também a curto prazo (passivo circulante)” (Assaf Neto, 2012, p. 156).

$$\text{LC} = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}} \tag{4}$$

Liquidez Imediata (LI). Este indicador tem como objetivo apresentar o quanto que a entidade possui de Ativo Líquido para cada $ 1,00 de Passivo Circulante, ou seja, as condições apresentadas pela empresa em liquidar as dívidas a curto prazo imediatamente (Equação 5). A interpretação do indicador é quanto maior, melhor, pois maior disponibilidade de recursos em caixa e aplicações financeiras indica maiores condições de liquidar as dividas a curto prazo. No entanto, conforme Assaf Neto (2012), normalmente este quociente é baixo devido ao desinteresse das empresas em manter recursos monetários elevados em caixa.

$$\text{LI} = \frac{\text{Disponível}}{\text{Passivo Circulante}} \tag{5}$$

2.9.1.3. Indicador de Rentabilidade

Rentabilidade do Ativo (ROA). Conhecido também como Retorno sobre o Ativo, ou *Return on Assets*, este indicador apresenta o quanto a entidade obteve de lucro líquido para cada $ 1,00 de investimento total (Equação 6), ou seja, demonstra a eficiência da aplicação dos ativos

e quanto lucro eles estão gerando, onde quanto maior, melhor (Assaf Neto, 2012; Matarazzo, 2010).

Conforme estabelece o Conselho Federal de Contabilidade (2012) para entidades sem fins lucrativos, o resultado positivo não é destinado aos detentores do patrimônio líquido e o lucro ou prejuízo é denominado superávit ou déficit.

Vale destacar que no contexto das OSS, o ROA apresenta algumas características pois, conforme Martins, Diniz, e Miranda (2012), "o lucro líquido contém o efeito das despesas financeiras que são provocadas pelo Passivo de financiamento" (p. 224), no entanto devido a limitação dos dados disponibilizados nas demonstrações financeiras das OSS, não foi possível excluir o efeito das despesas financeiras do lucro líquido. Diversas OSS apresentam o lucro líquido sem a abertura do que se refere às despesas financeiras, impossibilitando assim este ajuste no cálculo do indicador.

$$\text{ROA} = \frac{\text{Lucro Líquido ou Superávit/Déficit}}{\text{Ativo Total}} \tag{6}$$

2.9.1.4. Avaliação dos Índices

Definir os indicadores econômico-financeiros estabelece o que será analisado, no entanto resta estabelecer como os índices serão avaliados. Segundo Iudícibus (1998) para análise de indicadores econômico-financeiros deve ser observado as seguintes características:

> Qualquer análise de demonstrativos financeiros, para ter utilidade, deveria ser comparada pelo menos com uma das alternativas a seguir enunciadas:
> a) série histórica da mesma empresa;
> b) padrões previamente estabelecidos pela administração da empresa;
> c) quocientes das empresas pertencentes ao mesmo ramo de atividade, médias, modas, quartis de tais quocientes;
> d) certos parâmetros de interesse regional, nacional ou internacional (p. 98).

Matarazzo (2010) aponta para três tipos de avaliações: (i) pelo significado intrínseco – análise limitada e generalista realizada com base na *expertise* do analista; (ii) pela comparação ao longo de vários exercícios - análise comparativa por meio de índices observados em períodos anteriores apresentando as tendências da empresa; e (iii) pela comparação com índices de outras empresas, os chamados "índices-padrão", em que a avaliação de um índice e a sua conceituação é realizada por meio da comparação com padrões do mesmo setor de atividade. Corroborando com esta visão, Assaf Neto (2012) ressalta que a utilização de índices-padrão é indispensável, pois o processo comparativo permite uma análise mais acurada dos indicadores.

Tabela 5
Indicadores econômico-financeiros selecionados para análise

	Indicador	Descrição	Fórmula	Indica	Interpretação	Estudos anteriores
Estrutura de Capital	PCT	Participação de Capitais de Terceiros	Capitais de Terceiros/ Ativo Total	Quanto a empresa tomou de capitais de terceiros para cada $1,00 de investido no ativo.	Quanto menor, melhor	Matarazzo (2010), Aparecida, Souza, e Gervásio (2014), Souza, Avelar, Tormin, e Silva (2014), Cunha, Souza, e Ferreira (2014) e Fatheazam (1992)
	CE	Composição do Endividamento	Passivo Circulante/ Capitais de Terceiros	Quanto que as obrigações de curto prazo representam em relação às obrigações totais.	Quanto menor, melhor	Souza, Lara, Neves, e Moreira (2010), Souza et al. (2014), Cunha et al. (2014) e Fatheazam (1992).
	IPL	Imobilização do Patrimônio Líquido	Ativo Permanente/ Patrimônio Líquido	Quanto que a empresa aplicou no Ativo Permanente para cada $ 1,00 de Patrimônio Líquido.	Quanto menor, melhor	Souza et al. (2010), Souza et al. (2014) e Cunha et al. (2014).
Liquidez	LC	Liquidez Corrente	Ativo Permanente/ Passivo Circulante	Quanto que a empresa possui no Ativo Circulante para cada $ 1,00 de Passivo Circulante.	Quanto maior, melhor	Zeller, Stanko, e Cleverley (1996), Lima Neto (2011), Trivelato et al. (2015), Watkins (2000), Bazzoli, Chan, Shortell, e D'Aunno (2000), Souza et al. (2014), Cunha et al. (2014) e Fatheazam (1992).
	LI	Liquidez Imediata	Disponibilidade+ Aplicações Financeiras /Passivo Circulante	Quanto que a empresa possui de ativo líquido para cada $ 1,00 de Passivo Circulante.	Quanto maior, melhor	Trivelato et al. (2015).
Rentabilidade	ROA	Rentabilidade do Ativo	Lucro Líquido/Ativo Total	Quanto que a empresa obtém de lucro para cada $ 1,00 de investimento total.	Quanto maior, melhor	Zeller et al. (1996), Trivelato et al. (2015), Watkins (2000), Younis, Younies, e Okojie (2006) e Bowman (2011)

3. METODOLOGIA

Este capítulo tem por finalidade apresentar os procedimentos metodológicos utilizados no desenvolvimento da pesquisa. Desse modo, são apresentados: (i) classificação da pesquisa; (ii) população e amostra; (iii) levantamento dos dados; (iv) desenho e especificação do contrato de gestão; (v) variáveis do estudo e (vi) método de análise dos dados.

3.1. Classificação da pesquisa

A presente pesquisa tem objetivos descritivos e correlacionais. Segundo Sampieri et al. (2013), os estudos descritivos "buscam especificar propriedades, características e traços importantes de qualquer fenômeno que analisamos" (p. 102) e descreve tendências de um grupo ou população, detalhando como são e se manifestam. Os estudos correlacionais "associam variáveis mediante um padrão previsível para um grupo ou população" (Sampieri et al., 2013, p. 103) e tem como objetivo conhecer a relação ou o grau de associação existente entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis em um contexto específico.

O procedimento técnico refere-se à forma como os dados serão coletados e de que forma o estudo será conduzido. A pesquisa será documental que, de acordo com Theóphilo e Martins (2009), "utiliza-se de documentos como fonte de dados, informações e evidências e utiliza-se de fontes primárias, ou seja, dados que ainda não foram objeto de análise, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os propósitos da pesquisa" (p. 55).

De acordo com Raupp e Beuren (2003), a pesquisa documental está baseada em materiais que não receberam um tratamento analítico ou análise aprofundada e pode-se dar uma nova importância ao organizar, tratar e interpretar informações antes dispersas atribuindo valor a informação. Os autores ressaltam que neste tipo de pesquisa os documentos utilizados são classificados em fontes de primeira mão, os documentos que não receberam nenhum tipo de tratamento analítico, como: contratos e documentos oficiais, e os documentos de segunda mão, caracterizados por materiais que já receberam algum tipo de análise anterior, como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, etc.

O enfoque quantitativo foi utilizado na análise dos dados de desempenho dos contratos de gestão incluindo: (i) metas de produção para evidenciar a quantidade de serviço contratado e executado pelos hospitais; (ii) metas de qualidade para avaliar a conformidade do hospital em relação aos índices de qualidade estabelecidos; (iii) valor de repasse financeiro da parcela fixa e variável; (iv) dados de estrutura do hospital, e (v) indicadores econômico-financeiros que

indicam a situação financeira dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde.

3.2. População e amostra

A população refere-se ao conjunto de todos os casos que atendem certas especificações (Sampieri et al., 2013). Deste modo, a população alvo é o conjunto de entidades que estão devidamente instituídas como organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo e possuem acordo firmado em forma de Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

De acordo com consulta feita no Portal de Transparência da Secretaria da Saúde do Governo de São Paulo (http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br) em 22 de outubro de 2015, o Estado possuía 93 acordos formalmente estabelecidos com organizações sociais de saúde que atuam na gestão de hospitais gerais e especializados, 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), ver Tabela 6.

Tabela 6
Relação das Organizações Sociais de Saúde

Descrição	Quantidade
Hospitais Gerais	25
Hospitais Especializados	10
Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME)	50
Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC)	03
Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI)	03
Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS)	01
Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS)	01
Amostra total	**93**

Nota. Adaptado de Portal da Transparência Estadual do Governo do Estado de São Paulo (http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br)

A população de estudo é caracterizada pelos Hospitais Gerais, pois são o objeto deste trabalho e foram selecionados devido à: (i) quantidade representativa de hospitais públicos administrados por OSS (25 unidades em 2015); (ii) quantidade de hospitais espalhados no Estado - especialmente na cidade de São Paulo; (iii) complexidade dos serviços prestados que envolvem em sua maioria internação, cirurgias ambulatoriais, hospital dia, atendimento de

urgências e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), resultando em um montante significativo de recursos públicos sendo geridos por entidades do terceiro setor; (iv) representatividade do valor de repasse dos recursos financeiros públicos.

Com o objetivo de retratar a relevância do montante de recursos públicos investido nos hospitais gerais, foram analisados os dados disponíveis referente aos valores de repasse informados pela Secretaria da Fazenda do Governo do Estado de São Paulo, Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão para o ano de 2013. O valor da subvenção governamental realizada para os hospitais gerais da amostra final, que mantinham contrato de gestão devidamente estabelecido com o Governo do Estado de São Paulo foi de aproximadamente R$ 1.6 bilhões.

3.2.1. Delimitação da amostra

Conforme A. C. R. Silva (2003, p. 50) delimitar significa pôr limites, isto é, determinar a profundidade, abrangência e extensão do assunto. É preciso estabelecer o sujeito (realidade) e o objeto (tema), bem como fixar circunstâncias, sobretudo de tempo, espaço, e sob que ponto de vista ou perspectiva o tema será abordado (Theóphilo & Martins, 2009, p. 7).

O objetivo desta seção é apresentar a amostra inicial dos hospitais gerais em 2012 e 2013 que estavam sendo administrados por OSS, as justificativas para a eliminação de alguns hospitais da amostra, e por fim a composição da amostra final.

No ano de 2012 a Secretaria de Estado da Saúde possuía 21 acordos firmados com Organização Social de Saúde para a gestão de hospitais gerais. Em 2013, este número aumentou para 23 acordos firmados com base em contrato de gestão, caracterizando assim a amostra inicial deste estudo. Para 2015 a quantidade de contratos de gestão celebrados com OSS para administrar os hospitais gerais subiu para 25, conforme apresentado na Tabela 6. Estes dados foram extraídos do Portal de Transparência do Estado de São Paulo e ratificados com o Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão cedido pela Secretaria de Estado da Saúde.

Para a realização deste trabalho foram utilizados dados públicos - quase que em sua totalidade - e o processo de análise dos dados apresentou diversos desafios. Primeiramente, houve a necessidade de realizar uma extensa conciliação das informações obtidas referente as quantidades de serviços assistenciais contratados e realizados para o período em análise. Esta conciliação foi baseada em dados dos seguintes documentos: (i) Contrato de Gestão e Termos Aditivos; (ii) Relatório de Execução Quadrimestral divulgado pela Secretaria de Estado da Saúde no DOESP; (iii) Demonstrações Financeiras dos Hospitais Gerais divulgadas no DOESP;

(iv) e Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão cedido pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviço de Saúde em nome da Secretaria de Estado da Saúde. O maior desafio da conciliação foi obter homogeneidade dos dados, pois cada fonte apresentava uma informação divergente e muitas vezes incompleta.

A base do Portal de Transparência do Estado de São Paulo que indicava ter todos os contratos de gestão e termos de retirratificação (ou termos aditivos) das organizações sociais de saúde estava incompleta, demandando assim uma adicional busca no Diário Oficial do Estado de São Paulo para localizar os dados faltantes. Como exemplo das inconsistências identificadas, o Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão não apresenta as informações referentes à produção assistencial em tratamentos clínicos e os dados obtidos por meio do relatório de execução do contrato de gestão apresentado nas Demonstrações Financeiras continham informações excedentes de produção ou dados incoerentes com as divulgações realizadas pela SES.

Deste modo, com o objetivo de obter a quantidade de serviços contratados e realizados de forma completa, uma conciliação foi realizada e está disponível no Apêndice B. A conciliação da quantidade contratada apresenta as quantidades em relação a internação, hospital dia, cirurgia ambulatorial, urgência, ambulatório, exames de SADT e tratamento clínico divulgadas no contrato de gestão e termos aditivos, no relatório trimestral de execução do contrato de gestão divulgado pela SES e no relatório de execução do contrato de gestão divulgado pelos hospitais gerais na demonstração financeira. Deste modo, foram utilizadas três fontes oficiais para validar os dados em relação à quantidade contratada anual, e esta conciliação das quantidades finais utilizada nos modelos deste estudo constam no Apêndice B.

A conciliação da quantidade realizada anual apresenta também os dados em relação a internação, hospital dia, cirurgia ambulatorial, urgência, ambulatório, exames de SADT e tratamento clínico, porém foram divulgadas no relatório trimestral de execução do contrato de gestão disponibilizado pela SES, no relatório quadrimestral de execução do contrato de gestão divulgado no DOESP e no relatório de execução do contrato de gestão divulgado na demonstração financeira pelas próprias OSS que administram os hospitais gerais. A quantidade final utilizada nos modelos deste estudo consta também no Apêndice B.

Em segundo lugar, houve um desafio similar ao realizar a análise dos valores de repasse financeiro (subvenção governamental), pois mesmo obtendo os dados de fontes oficiais, como Tribunal de Contas do Estado, Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo e Diário Oficial do Estado de São Paulo, inúmeras divergências foram identificadas apontando para a

necessidade de realizar uma robusta conciliação para todos os dados de repasse e informações divulgadas nas demonstrações financeiras.

Por fim, o processo de conciliação permitiu refinar os dados, refletindo assim na necessidade de eliminar alguns hospitais da amostra inicial por não possuírem os requisitos mínimos de análise. O primeiro requisito adotado refere-se ao período de contratação dos hospitais, isto é, o prazo que o contrato de gestão estaria vigente para aquele ano, visando a homogeneidade dos dados em relação aos outros hospitais. Deste modo, somente os hospitais que possuíam um contrato válido abrangendo o período de janeiro a dezembro – 12 meses – fizeram parte da amostra.

Alguns hospitais não atingiram o prazo necessário para análise (12 meses) ou apresentavam os dados incompletos, seja no Portal de Transparência do Estado de São Paulo ou nas próprias divulgações feitas pelas OSS. Deste modo, fazem parte da amostra final somente os hospitais gerais que possuíam contrato de gestão celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo que abrangiam o período de janeiro a dezembro para o ano de 2012 e 2013. Contratos que se iniciaram no decorrer do ano não foram incluídos na amostra, pois, apresentaria incoerência na análise dos dados com os outros hospitais.

Assim o Hospital Geral de Pedreira administrado pela Cruzada Bandeirante São Camilo de Assistência Médico-Social, foi excluído da análise de 2012, pois iniciou suas atividades somente em março/2012, conforme estabelecido no CG_81000_201. Até o mês de fevereiro de 2012 a gestão deste hospital estava com a OSS Associação Congregação de Santa Catarina, no entanto os dados utilizados para esta pesquisa não apresentam a quebra necessária em termos de quantidades contratadas e produzidas referente a cada OSS para o primeiro trimestre de 2012, bem como não seria possível analisar os indicadores econômico-financeiros considerando a OSS Santa Catarina e Cruzada Bandeirante São Camilo no mesmo ano.

O Hospital Regional de Cotia administrado pelo Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI) foi também excluído da amostra de 2012, pois iniciou as atividades em outubro/2012 conforme CG_84_2012. O Hospital Estadual de Bauru administrado pela Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar – FAMESP iniciou as atividades em novembro/2012 sob o contrato de gestão nº. CG_1364_2012. Deste modo, estes três hospitais não fazem parte da amostra de 2012, mas foram incluídos na amostra de 2013, pois os dados para este ano estavam completos.

O Hospital Estadual Manoel de Abreu, também administrado pela FAMESP, teve o contrato de gestão nº. CG_2217_2013 estabelecido em 2013 com vigência para os meses de

abril e dezembro deste mesmo ano, sendo, portanto, excluído da amostra por não ser possível analisar o período de 12 meses.

O segundo requisito refere-se aos dados divulgados nas demonstrações financeiras dos hospitais gerais. Segue abaixo os hospitais excluídos da amostra de 2012 e 2013, devido aos seguintes fatos:

a) Hospital Estadual de Diadema, Hospital Geral de Pirajussara e Hospital de Clínica Luzia de Pinho Melo administrados pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) não apresentaram nas Demonstrações Financeiras, em especial no Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados, o valor referente ao Patrimônio Social da Entidade e Lucros e Prejuízos para os anos de 2012 e 2013.

As Notas Explicativas apresentadas como parte das demonstrações financeiras referente ao Patrimônio Líquido e Resultado do Exercício, divulgadas no DOESP de 15 de maio de 2013 e 30 abril de 2014 indicam que em relação ao Patrimônio Líquido:

> Conforme esclarecido no balanço anterior, de acordo com apurado na Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido de 2012 e descrito em notas explicativas do ano, a SPDM procedeu a ajustes necessários para se adequar ao que estabelecem as Resoluções 1305/10 e 1409/12, no que se refere ao reconhecimento dos recursos com restrição originários de contratos de gestão. O Patrimônio Líquido atualmente não apresenta valores, em virtude da aplicação do que estabelece as Resoluções CFC 1.409/12 (item 11) e CFC 1.305/10 (itens 12 e 15) que enquanto não atendido os requisitos para reconhecimento no resultado, a contrapartida da Assistência Governamental de Contribuição para Custeio e Investimento deve ser em conta específica do Passivo, de forma que o resultado será sempre " zero".

Em relação ao Resultado do Exercício, as notas explicativas evidenciam que:

> Em virtude da aplicação de outros itens da resolução, o resultado do exercício tem sido "zero" face à exigência do reconhecimento em contas de resultado. Caso houvesse superávit ou déficit ou ainda parte deles que tivesse restrição para aplicação, estaria reconhecido em conta específica do Patrimônio Líquido, o que não ocorre.

No entanto a Resolução CFC nº. 1.305/10, nos itens 12 a 15, que se assemelha ao Pronunciamento Técnico 07 de Subvenção e Assistência Governamentais emitido em 02/12/2010, ressalta que (item 12):

> Uma subvenção governamental deve ser reconhecida como receita ao longo do período e confrontada com as despesas que pretende compensar, em base sistemática, desde que atendidas as condições deste Pronunciamento. A subvenção governamental não pode ser creditada diretamente no patrimônio líquido.

O item 15 apresenta os argumentos pelos quais a subvenção governamental deve ser reconhecida como receita e os critérios aplicáveis, ressaltando que enquanto os requisitos para reconhecimento da receita não forem atendidos, a contrapartida da subvenção governamental registrada no ativo deve ser feita em conta específica do passivo.

Diante do exposto, o procedimento apresentado pela SPDM em relação ao Patrimônio Líquido trata de recursos com restrição originários de contratos de gestão, no entanto não

esclarecem o fato da OSS não apurar o Superávit/Déficit do exercício como uma consequência do princípio da confrontação das receitas com as despesas, conforme estabelece o Comitê de Pronunciamentos Contábeis (2010).

A SPDM procede com o reconhecimento da subvenção governamental em conta de receita divulgada no Balanço Patrimonial, porém não reconhece o Superávit/Déficit do período na Demonstração de Resultado tão pouco no Patrimônio Líquido. Com este procedimento adotado pela OSS SPDM e auditado pela Audisa Auditores Associados, não foi possível analisar os índices econômicos e financeiros do Hospital Estadual de Diadema, Hospital Geral de Pirajussara e Hospital de Clínica Luzia de Pinho Melo, pois faltam dados essenciais, motivo pelo qual estes hospitais foram excluídos da amostra.

b) O Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP) administrado pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da FMRPUSP (FAEPA) não apresentaram nas Demonstrações Financeiras, em especial no Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados do Exercício o valor referente ao Patrimônio Social da Entidade e Lucros e Prejuízos para os anos de 2012 e 2013. A demonstração financeira do HERP é parte integrante da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, não apresentando assim o saldo do grupo de Patrimônio Líquido e saldo de Resultados do Exercício, impossibilitando realizar análises e cálculos dos índices econômicos e financeiros.

Referente às amostras não excluídas, vale ressaltar que a divulgação das Demonstrações Financeiras apresentadas no DOESP pela FAMESP estavam incompletas e não apresentavam os dados de execução do contrato de gestão exigido pela Lei. nº 846/98. No entanto, conforme contato realizado com o Departamento de Contabilidade da FAMESP, toda a documentação necessária para análise deste hospital foi prontamente encaminhada à pesquisadora por e-mail, permitindo assim a análise dos dados.

A divulgação no DOESP das demonstrações financeiras realizadas pela Fundação do ABC referente ao Hospital Estadual Mário Covas para o exercício de 2012 e 2013 estavam ilegíveis. Após contato por telefone e e-mail junto ao departamento de contabilidade, as demonstrações referentes ao período em análise foram prontamente encaminhadas via e-mail permitindo assim a análise dos dados.

Em adição, a OSS Santa Casa de São Paulo foi alvo de atenção da mídia em 2014 devido à crise financeira e denúncias de desvio de recursos. O Tribunal de Contas do Estado de São

Paulo ao analisar o convênio realizado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a OSS Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo encontrou diversas inconsistências em relação aos itens de prestação de contas encaminhados ao Tribunal (https://www4.tce.sp.gov.br/6524-fiscais-do-tribunal-de-contas-realizam-inspecao-na-santa-casa-de-sao-paulo).

A Santa Casa de São Paulo é responsável por outras unidades de saúde além do Hospital Estadual de Franco da Rocha, Hospital Estadual de Francisco Morato e Hospital Geral de Guarulhos. Deste modo, como o objetivo do presente trabalho foi analisar o desempenho contratual e dos indicadores econômicos financeiros tendo como base o período de 2012 e 2013, todos os dados necessários para a análise dos hospitais geridos por esta OSS estavam acessíveis publicamente.

O artigo 12 da LC Nº 846/98 declara que o balanço e demais prestações de contas da organização social devem, necessariamente, ser publicados no DOESP e analisados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (Lei Complementar nº 846, 1998). Contudo, não foi localizado na página do TCE-SP nenhum processo que impugnasse as demonstrações financeiras desta OSS para o período de análise, deste modo estes hospitais não foram excluídos da amostra.

A Tabela 7 apresenta a amostra final dos hospitais gerais e organizações sociais de saúde e a Tabela 8 demonstra a vigência do contrato de gestão.

Tabela 7
Relação da amostra com as Organizações Sociais de Saúde que administram os Hospitais Gerais do Estado de São Paulo referente ao período de 2012 e 2013

#	Organização Social de Saúde	Hospital Geral	CNPJ	Período de Análise	
				2012	2013
1	Cruzada Bandeirante São Camilo	Hospital Geral de Carapicuíba	60.598.448/0004-23	Sim	Sim
2		Hospital Geral de Itapeví	60.598.448/0010-71	Sim	Sim
3		Hospital Geral de Pedreira	60.598.448/0014-03	Não	Sim
4	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital Estadual de Franco da Rocha	62.779.145/0038-81	Sim	Sim
5		Hospital Estadual de Francisco Morato	62.779.145/0014-04	Sim	Sim
6		Hospital Geral de Guarulhos	62.779.145/0010-80	Sim	Sim
7	Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina	Hospital Geral de Itaquaquecetuba	60.742.616/0007-55	Sim	Sim
8		Hospital Geral de Itaim Paulista	60.742.616/0006-74	Sim	Sim
9	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI)	Hospital Estadual de Sapopemba	61.687.356/0025-07	Sim	Sim
10		Hospital Estadual de Vila Alpina	61.687.356/0003-00	Sim	Sim
11		Hospital Geral de Itapecerica da Serra	61.687.356/0014-54	Sim	Sim
12		Hospital Regional de Cotia	61.687.356/0021-83	Não	Sim
13	Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	Hospital Geral de Grajaú	95.386.880/001-32	Sim	Sim
14	Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	Hospital Regional de Presidente Prudente	53.221.255/0032-47	Sim	Sim
15		Hospital Estadual João Paulo II	53.221.255/0031-66	Sim	Sim
16		Hospital Regional de Porto Primavera	53.221.255/0028-60	Sim	Sim
17	Fundação do ABC	Hospital Estadual de Santo André	57.571.275/0006-07	Sim	Sim
18	Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar (FAMESP)	Hospital Estadual Manoel de Abreu	46.230.439/0006-16	Não	Não
19		Hospital Estadual de Bauru	46.230.439/0003-73	Não	Sim
20	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	Hospital Estadual de Diadema	61.699.567/0005-16	Não	Não
21		Hospital Geral de Pirajussara	61.699.567/0004-35	Não	Não
22		Hospital de Clínica Luzia de Pinho Melo	61.699.567/0008-69	Não	Não
23	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da FMRPUSP (FAEPA)	Hospital Estadual de Ribeirão Preto	57.722.118/0001-40	Não	Não
				15	**18**

Nota. Adaptado de Portal da Transparência do Governo de São Paulo

Tabela 8
Vigência do Contrato de Gestão

#	Hospital Geral	OSS Gestora	Contrato de Gestão Vigência 1	Contrato de Gestão Vigência 2
1	Hospital Geral de Carapicuíba	Cruzada Bandeirante	2008-2012	2013-2017
2	Hospital Geral de Itapeví		2011-2015	-
3	Hospital Geral de Pedreira		2012-2016	-
4	Hospital Estadual de Franco da Rocha	Santa Casa de São Paulo	2010-2014	-
5	Hospital Estadual de Francisco Morato		2008-2012	2012-2016
6	Hospital Geral de Guarulhos		2011-2015	-
7	Hospital Geral de Itaquaquecetuba	Santa Marcelina	2011-2015	-
8	Hospital Geral do Itaim Paulista		2011-2015	-
9	Hospital Estadual de Sapopemba	SECONCI	2008-2012	2013-2017
10	Hospital Estadual de Vila Alpina		2008-2012	2012-2016
11	Hospital Geral de Itapecerica da Serra		2011-2015	-
12	Hospital Regional de Cotia		2012-2016	-
13	Hospital Geral do Grajaú	Sírio Libanês	2011-2015	-
14	Hospital Regional de Presidente Prudente	Lar São Francisco	2009-2013	2014-2018
15	Hospital Estadual João Paulo II		2008-2012	2013-2017
16	Hospital Regional Porto Primavera		2007-2011	2012-2016
17	Hospital Estadual de Santo André	Fundação do ABC	2007-2011	2012-2016
18	Hospital Estadual de Bauru	FAMESP	2012-2016	-

O Estado de São Paulo foi escolhido por ser um dos pioneiros em instituir regulação própria para a participação das organizações sociais na entrega de serviços públicos por meio da Lei Complementar nº 846/98.

Com relação ao intervalo de tempo, foram analisados os anos de 2012 e 2013, pois apresentavam documentação pública disponível nos principais meios de pesquisa do Estado de São Paulo, tais como: Diário Oficial do Estado de São Paulo, Portal de Transparência do Estado e Secretaria da Fazenda. Dados anteriores a 2012 não foram adicionados ao Portal da Transparência do Governo de São Paulo incluindo Termos Aditivos estabelecidos com as OSS, por exemplo, e dados posteriores a 2013 ainda não estavam completamente disponíveis para análise nas bases públicas. Deste modo, o período de 2012 e 2013 apresenta dados públicos disponíveis, que propicia a execução deste trabalho considerando períodos recentes.

3.3. Levantamento dos dados

A Lei de Acesso à Informação, instituída pela Lei Federal nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011, estabeleceu a criação do Serviço de Informações ao Cidadão – SIC, no qual é possível solicitar documentos e dados relativos aos órgãos e entidades da Administração Pública Paulista. Este canal foi devidamente acionado com o objetivo de obter junto à Secretaria de Estado da Saúde os dados referentes à execução do contrato de gestão dos hospitais gerais do

Estado de São Paulo administrados por Organizações Sociais de Saúde. As solicitações de dados quantitativos e qualitativos encaminhadas ao SIC continham os detalhes da documentação necessária para um estudo pormenorizado da execução dos contratos de gestão visando a obter informações que permitissem a análise do desempenho do contrato de gestão detalhadamente. Contudo, a experiência com o portal de transparência e o sistema integrado de informações ao cidadão não foi positivo, e o acesso a todos os dados foram negados em primeira instância.

Após a interposição de recursos em primeira instância, os pedidos de informação foram deferidos pela Ouvidoria Geral do Estado devendo a Secretaria de Estado da Saúde providenciar as informações descritas nas solicitações no prazo de quinze dias. Apesar do julgamento favorável, os dados solicitados para pesquisa não foram disponibilizados pela SES. Uma nova solicitação foi aberta junto ao SIC, porém direcionada desta vez ao Conselho Estadual de Saúde, requerendo ao menos o Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão, elaborado por este conselho. Após vários meses de espera, os relatórios trimestrais referentes aos anos de 2012 e 2013 foram disponibilizados, sendo estes os únicos dados oficiais liberados pela Secretaria de Estado da Saúde. As informações constantes neste relatório são significativamente agrupadas, não sendo possível analisar detalhes da produção assistencial realizada.

A Lei Complementar nº 846/98 que regula acerca das Organizações Sociais de Saúde estabelece que o Tribunal de Contas do Estado é o órgão responsável por realizar auditoria externa nos Relatórios Anual Conclusivo de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde que é preparado pela Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão na SES. Portanto três solicitações foram abertas junto ao TCE/SP, requerendo: (i) o valor de repasse do orçamento do estadual para as OSS; (ii) demonstrações financeiras; e (iii) relatório de execução do contrato de gestão (Lei Complementar nº 846, 1998). A solicitação foi parcialmente, mas prontamente atendida pelo TCE, sendo que apenas o relatório de execução do contrato de gestão não foi disponibilizado. O TCE esclareceu que recebe anualmente todos os relatórios da CGCSS ou SES e separa, encaminhando para diversos Tribunais de Conta no Estado, o processo que compete a cada jurisdição e o mesmo só pode ser analisado pelo cidadão após ocorrer o parecer efetivo do tribunal, que não ocorre no mesmo ano.

Diante do exposto, a estratégia escolhida foi realizar o trabalho com os dados públicos dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde, adquiridos pelas fontes apresentadas na Tabela 9, e utilizando as informações disponibilizadas pela SES e pelo TCE.

A ênfase em utilizar dados públicos ocorre devido à grande dificuldade em obter dados específicos relacionados à execução dos contratos de gestão diretamente com a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo e CGCSS, como mencionado acima. No entanto, interessantemente, este fato contradiz de certa forma a origem deste extenso processo de contratualização estabelecido no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, pois este enfatiza o cidadão como cliente e beneficiário dos serviços públicos, estabelece como um dos objetivos dos serviços não-exclusivos proporcionar maior foco no "cliente-cidadão" e maior controle social direto por parte da sociedade. Deste modo, evidencia-se que analisar dados públicos não é tarefa simples, pois os dados não estão acessíveis dificultando a possibilidade de realizar o controle social descrito acima. Como pesquisadora-cidadã registro a dificuldade de acesso aos dados de execução do contrato de gestão de forma que permitissem atestar a transparência na parceria entre organização social de saúde e Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 9
Documentos utilizados na pesquisa

Dados	**Fonte da Informação**
Balanço Patrimonial (BP), Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL), Demonstração de Fluxo de Caixa (DFC) e Notas Explicativas (NE). Relatório (demonstrativo) de Execução do Contrato de Gestão divulgado pelas OSS junto às demonstrações financeiras.	Diário Oficial do Estado de São Paulo e Tribunal de Contas do Estado.
Contrato de Gestão e Termos Aditivos.	Sítio do Portal da Transparência Estadual do Governo do Estado de São Paulo e Diário Oficial do Estado de São Paulo.
Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão	Diário Oficial do Estado de São Paulo.
Dados de estrutura dos hospitais	DATASUS.
Valor do Orçamento Público repassado às Organizações Sociais de Saúde.	Secretaria da Fazenda, Tribunal de Contas do Estado, Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão e Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão.
Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão	Secretaria de Estado da Saúde.

Conforme Tabela 9, ao longo deste trabalho dois relatórios principais de execução do contrato de gestão são mencionados e foram utilizados na pesquisa, por esta razão vale ressaltar as principais características destes relatórios.

Disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde, o Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão foi o único dado de produção adquirido de órgão público e o relatório apresenta os resultados do trimestre obtidos com a execução dos Contratos de Gestão celebrados entre SES e OSS.

Conforme previsto no Contrato de Gestão, a cada trimestre concluído, os dados são condensados e apresentados aos representantes dos gestores dos Hospitais, representantes do Departamento Regional de Saúde no qual está inserido o hospital, representantes da Coordenadoria de Regiões de Saúde e representantes da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde. O processo de acompanhamento das unidades hospitalares sob Contato de Gestão é realizado mensalmente em reunião com data previamente determinada, para análise dos dados em relação às metas de produção e aos indicadores de Parte Variável, que podem gerar redução de recursos financeiros de custeio caso as metas relacionadas aos indicadores de Produção e de Parte Variável não sejam atingidas.

Os dados trimestrais relativos ao desempenho dos hospitais gerais são apresentados no relatório RTECG em tabelas individualizadas, contendo os indicadores de produção, indicadores da parte variável, indicadores de acompanhamento, indicadores de estrutura, orçamento previsto para o exercício acrescido dos valores e termos de aditivos celebrados no período (quando houver), receitas e despesas operacionais correspondentes ao trimestre em análise, percentual de despesas com pessoal CLT em relação ao total das despesas operacionais e percentual de despesas com serviços de terceiros em relação ao total das despesas operacionais.

Divulgado no DOESP pela Secretaria de Estado da Saúde, o Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão, também identificado como Demonstrativo Contábil e de Produção Assistencial, apresenta uma tabela individualizada para cada hospital com dados relativos a receitas de custeio repassadas à OSS no período, as despesas com pessoal, custeio e investimento realizadas pela OSS, bem como a produção assistencial realizada em relação a internação, hospital dia e cirurgia ambulatorial, urgência, ambulatório, SADT e tratamento clínico (quando aplicável).

3.4. Desenho e Especificação do Contrato de Gestão

No contexto das organizações sociais de saúde abordado neste trabalho, o contrato de gestão apresenta características do desenho do contrato (*contract design*) e especificações do contrato (*contract specification*) apresentadas na revisão de literatura. Segundo Shetterly (2000), as variáveis que medem o desenho do contrato *(contract design)* apresentam o tipo de contrato, prazo de duração, incentivos estabelecidos entre outros e as especificações do contrato *(contract specification)* refere-se à descrição do serviço a ser realizado.

A Tabela 10 tem como objetivo apresentar as principais características do contrato de gestão segregadas em desenho e especificação do contrato, incluindo os direitos, obrigações e metas inseridas no documento. O acompanhamento da execução do contrato é realizado com base no constante monitoramento realizado pela SES, conforme descrito acima acerca dos relatórios de execução do contrato de gestão.

Tabela 10
Características do Contrato de Gestão

Contrato de Gestão	
Objetivo: Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços em saúde no hospital geral, atuando com eficácia e qualidade. **Prazo de Vigência:** 5 anos	
Desenho do Contrato ***(contract design)***	**Especificações do Contrato** ***(contract specification)***
Principais responsabilidades da OSS: **1.** Prestar serviços de saúde; **2.** Atendimento exclusivo SUS; **3.** Planejar as atividades assistenciais; **4.** Responsabilizar-se pela indenização de danos; **5.** Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos; **6.** Administrar bens móveis e imóveis; **7.** Transferir à SES os legados, doações e excedentes financeiros, em caso de desqualificação; **8.** Alterar o estatuto de acordo com a Lei nº. 846/98; **9.** Contratar pessoal para a execução das atividades; **10.** Instalar o Serviço de Atendimento ao Usuário; **11.** Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumental; **12.** Informar a SES o número de vagas disponíveis do serviço de hospitalização; **13.** Limitar as despesas com o pagamento de remuneração a dirigentes e empregados a 70% do valor global das despesas de custeio. Principais responsabilidades da SES: **1.** Prover os meios necessários para a execução do objeto do contrato; **2.** Programar no orçamento do Estado os recursos necessários para custear a execução do objeto contratual; **3.** Permitir o uso de bens móveis e imóveis **4.** Inventariar e avaliar os bens antes da formalização dos termos de permissão de uso; **5.** Permitir o afastamento de servidores públicos para terem exercício na OSS. **6.** Analisar no mínimo anualmente o nível técnico-assistencial da OSS para a execução do objeto contratual.	Anexo Técnico I – Descrição de Serviços - Características dos serviços contratados; - Estrutura e volume de atividades contratadas; - Especialidades médicas e não médicas contratadas; - Atendimento a urgências (porta aberta ou fechada) Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento - Parte Fixa – 90% repassados mensalmente em parcelas fixas mensais - Parte Variável – 10% repassados mensalmente, porém vinculados à avaliação dos indicadores de qualidade realizada nos meses de fevereiro, maio, agosto e novembro. Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade - Relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

Nota. Baseado nas cláusulas gerais do contrato de gestão (http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/).

3.5. Variáveis do estudo

Nesta seção são agrupadas as variáveis do estudo e fonte dos dados, conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11
Variáveis de estudo aplicadas às organizações sociais de saúde

Fonte da Informação	Dados	Descrição	Variável
		Informações Gerais e de Estrutura	
Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Gerais	Análise das informações gerais dos hospitais.	OSS gestora, data de assinatura do contrato de gestão, incidência de termos aditivos, classificação do hospital como porta aberta ou fechada, serviços médicos e não médicos contratados (descrição das especialidades).
DATASUS	Estrutura	Variável de estrutura do hospital	Número de leitos operacionais, porte do hospital e nível de complexidade.
DATASUS	Estrutura	Variável de estrutura do hospital	Nº de funcionários administrativos, Nº de enfermeiros e Nº de médicos.
		Repasse do Orçamento Público	
Contrato de Gestão e Termos Aditivos (Anexo III – Contrato de Gestão)	Repasse previsto no orçamento	Orçamento previsto anual	Valor de repasse previsto
Relatório da SEFAZ e TCE	Repasse do orçamento efetivo	Análise do valor do orçamento público repassado aos hospitais.	Valor de repasse realizado
Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão	Repasse do orçamento efetivo divulgado trimestralmente pela CGCSS	Análise dos valores repassados aos hospitais	Valor de repasse realizado
		Metas Contratadas e Executadas	
Contrato de Gestão e Termos Aditivos (Anexo I – Contrato de Gestão)	Produção Contratada	Análise do volume de serviços contratados	Quantidade contratada anual
Relatório de Execução do Contrato de Gestão (Trimestral, Quadrimestral e Anual).	Quantidade produzida divulgada trimestralmente, quadrimestralmente e anualmente pela CGCSS e pelas OSS	Análise do volume de serviços executados	Quantidade executada anual
Contrato de Gestão e Termos Aditivos (Anexo II – Contrato de Gestão)	Indicadores de Qualidade	Análise dos indicadores de qualidade	Houve repasse da parcela variável? (Sim ou Não) Existem Termos Aditivos que justifique a redução do valor de repasse? (Sim ou Não)

(continuação)

Fonte da Informação	Dados	Descrição	Variável
Contrato de Gestão	Limite de Orçamento com pessoal	Limite de 70% com despesas com pessoal	Valor gasto com despesas de pessoal
	Eficiência Técnica e Indicadores Financeiros		
DATASUS e Relatório de Execução do Contrato de Gestão (Trimestral, Quadrimestral e Anual).	Dados de Estrutura e de execução do contrato de gestão	Dados de Insumos e Produtos	Cálculo da eficiência técnica dos hospitais gerais
Demonstrações Financeiras divulgadas no DOESP	Financeiro	Análise das Demonstrações Financeiras	Indicadores econômico-financeiros

3.6. Método de análise dos dados

Retomando o problema de pesquisa, sob a perspectiva do usuário externo e considerando como base as informações públicas divulgadas pelas OSS e SES, o presente trabalho busca identificar o desempenho do contrato de gestão e a relação com os indicadores econômico-financeiros. Isto foi feito por meio da análise das metas quantitativas e qualitativas, contratadas e realizadas, a eficiência dos hospitais gerais e o desempenho econômico-financeiro destes hospitais administrados por organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo.

Retomando o problema de pesquisa evidenciado como: **Qual a relação estabelecida por meio da eficiência técnica, entre o desempenho do contrato de gestão e os indicadores econômicos financeiros dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo?**

Para analisar o desempenho do contrato foram utilizadas as variáveis que constam no contrato de gestão celebrados entre a Secretaria de Estado da Saúde a as respectivas organizações sociais de saúde, considerando principalmente o Anexo Técnico I – Descrição de Serviços, o Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento, e o Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade, bem como o conjunto das Demonstrações Financeiras de cada hospital geral.

As hipóteses da pesquisa indicam o direcionamento por meio da qual podemos compreender o fenômeno a ser pesquisado e as possíveis tentativas de explicações (Sampieri et al., 2013, p. 113). O presente trabalho apresenta a seguinte hipótese:

Hipótese: Os hospitais gerais eficientes apresentam melhores resultados econômico-financeiros, analisados com base nas demonstrações contábeis.

3.6.1. Etapas da pesquisa

Esta seção apresenta as fases utilizadas na pesquisa, distintas, porém inter-relacionadas, conforme apresentado na Tabela 12.

Tabela 12
Etapas para análise dos dados da pesquisa

Descrição	Método
ETAPA 1: a) Análise do perfil dos hospitais gerais; b) Análise do desempenho assistencial referente a meta contratada versus executada. Análise realizada de forma individual e consolidada para os hospitais da amostra. c) Análise dos valores de repasse financeiro estabelecidos no contrato de gestão e nos termos aditivos, referente a parcela fixa e variável; d) Análise dos Indicadores de Qualidade; e) Análise do limite percentual da receita em relação a despesa com pessoal.	Tabelas comparativas realizadas no programa Microsoft Excel.
ETAPA 2: a) Análise da eficiência técnica dos hospitais gerais;	Análise Envoltória dos Dados realizadas no sistema MAXDEA.
ETAPA 3: a) Análise dos indicadores econômico-financeiro realizada com base nas Demonstrações Financeiras dos hospitais gerais; b) Teste de média dos indicadores financeiros comparando os hospitais eficientes e ineficientes.	Tabelas comparativas realizadas no programa Microsoft Excel. Teste de Mann-Whitney realizado no sistema Minitab.
ETAPA 4: a) Análise da correlação entre a variação na produção assistencial realizada e indicadores econômico-financeiros.	Matriz de Correlação realizadas no sistema GRETL

3.6.1.1. Etapa 1

Devido à complexidade de informações optou-se por realizar primeiramente uma análise do perfil dos hospitais, que inclui as informações gerais e de estrutura, tais como o nível de atenção da atividade ambulatorial e hospitalar, o porte do hospital, a quantidade de leitos tendo como referência o mês de Dez/13, as especialidades médicas contratadas para o atendimento ambulatorial, os serviços assistenciais contratados para o hospital (Internações, Hospital Dia, Cirurgia Ambulatorial, Urgências, Atendimento Ambulatorial ou SADT) e as regiões atendidas.

Apresenta-se as informações gerais e de estrutura de todos os hospitais, obtidas por meio dos contratos de gestão, termos aditivos celebrados durante o período de análise, sistema DATASUS e relatório de execução do contrato de gestão preparado pela SES. O objetivo foi agregar os dados permitindo uma visão geral do contexto hospitalar em análise e propiciar respaldo para as análises seguintes.

A Etapa 1 contempla também a análise da variação em relação a produção contratada e realizada para cada hospital, elaborada com base no Relatório Trimestral de Execução do

Contrato de Gestão disponibilizado pela SES, o Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado no DOESP, e o Relatório de Execução do Contrato de Gestão apresentado nas Demonstrações Financeiras pelas próprias OSS. O objetivo desta etapa foi identificar os desvios trimestrais, pois de acordo com as regras estabelecidas no contrato de gestão, poderia implicar em penalidades pelo não cumprimento da meta do contrato; e o desvio total anual individualizado e consolidado com as devidas justificativas para as variações, extraídas do Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES.

Vale ressaltar que em alguns casos as quantidades trimestrais e anuais não são as mesmas, e isto se deve pelo fato do Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão não contemplar algumas quantidades realizadas pelos hospitais, como por exemplo a modalidade de Tratamento Clínico. O relatório foi de extrema importância para acompanhar a execução trimestral do contrato, pois foi a única fonte da pesquisa que possuía os dados abertos por trimestre e as devidas justificativas, no entanto, em alguns casos as informações não estavam consistentes com outras fontes. Motivo pelo qual o Apêndice B foi preparado apresentando as quantidades contratadas e realizadas e as devidas conciliações efetuadas.

Deste modo, a relação entre a produção contratada e realizada com dados trimestrais foi necessária para acompanhar a execução do contrato, que é monitorada pela Comissão de Avaliação da Execução do Contrato de Gestão e implica no pagamento da parcela de 90% do orçamento econômico-financeiro – estabelecido conforme critérios definidos no Anexo Técnico II (Sistema de Pagamento) do contrato de gestão. A quantidade realizada com dados anuais foi insumo para a compor os *outputs* utilizados no cálculo da eficiência técnica dos hospitais, pois representam a efetiva produção realizada e corrobora com dados oficiais de diversas fontes.

A comparação entre a quantidade de produção assistencial contratada e realizada foi analisada de duas formas, a seção 4.2.2 contempla a analise individualizada dos hospitais e a seção 4.2.3 a analise consolidada dos hospitais gerais.

A comparação entre o contratado e executado em relação aos repasses financeiros (subvenção governamental) foram analisados com base nos dados obtidos da Secretaria da Fazenda do Governo do Estado de São Paulo (https://www.fazenda.sp.gov.br/SigeoLei131/Paginas/ConsultaDespesaAno.aspx?orgao=)[5], informados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão.

[5] O relatório obtido do sítio da Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo relativo aos repasses realizados pela Secretaria de Estado da Saúde às OSS foram extraídos em 09/12/15 utilizando o link https://www.fazenda.sp.gov.br/SigeoLei131/Paginas/ConsultaDespesaAno.aspx?orgao=, com os seguintes

O montante contratado foi extraído do contrato de gestão e termos aditivos emitidos pela SES durante o período de análise, incluindo valores destinados ao custeio, investimento e reequilíbrio econômico-financeiro. Devido a diversas inconsistências de dados em relação aos valores efetivamente repassados às entidades constatado na documentação disponibilizada pelas fontes oficiais, a análise exigiu uma conciliação pormenorizada dos valores de repasse para cada hospital com o objetivo de identificar convergências ou incoerências ao cruzar todos estes valores.

Os indicadores de qualidade foram analisados de forma limitada, pois devido a impossibilidade em obter os dados abertos para analisar cada indicador de qualidade estabelecido no contrato de gestão, somente foi possível analisar de forma dicotômica se o hospital cumpriu ou não os indicadores de qualidade estabelecidos no contrato de gestão. A base de dados para a extração desta informação foram os Relatórios Trimestrais de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES e por meio dele foram identificados os hospitais que atingiram as metas propostas nos indicadores de qualidade. Indicadores de qualidade são os balizadores para o pagamento dos 10% correspondentes à parte variável estabelecida no Anexo III do contrato de gestão.

O contrato de gestão estabelece a parcela fixa do contrato que corresponde a 90% do valor de repasse que é pago aos hospitais mensalmente, e a parcela variável que corresponde a 10% do valor, com repasse mensal também, porém sujeito a avaliação dos indicadores de qualidade que é realizada nos meses de fevereiro, maio, agosto e novembro feita pela Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão. Caso a meta estipulada para os indicadores de qualidade não tenha sido alcançada pelo hospital em algum mês, a comissão analisa os motivos e se determinada a falha do hospital, a CGCSS emite um termo aditivo reduzindo o valor de repasse no período seguinte se referindo a análise do período anterior.

Deste modo foi analisado o valor de repasse da parcela variável para os hospitais com o objetivo de validar se existe divergência entre o valor contratado e o valor efetivamente repassado. Caso haja diferença o próximo passo é identificar o termo aditivo que justifica a redução do valor de repasse, assumindo assim a não conformidade com a meta estabelecida no contrato de gestão.

As despesas com pessoal representam uma das maiores despesas dos hospitais e refere-se aos gastos incorridos com funcionários com vínculo empregatício, que atuam como médicos, enfermeiros, residentes e empregados da área administrativa, que de acordo com contrato de

---

parâmetros: Aba prestando contas, execução orçamentaria e financeira, consulta pré formatada para o período de 2012 e 2013, com fase indicada com status de pago e por lista de beneficiários.

gestão, deve se limitar a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio dos hospitais.

Para analisar este limite percentual em relação ao que foi efetivamente gasto pelos hospitais, foram utilizadas duas fontes de dados: o Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES que apresenta o percentual que cada hospital gastou com despesas de pessoal, e o Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado no DOESP, que apresenta o valor da receita repassada para o hospital no quadrimestre, bem como o valor da despesa com pessoal, custeio e investimento.

A informação relativa ao número de leitos foi extraída do Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES e refere-se a média anual dos anos de 2012 e 2013. Os dados referentes a quantidade de funcionários foram extraídos do DATASUS com base nos CNES de cada hospital e utilizando as datas de 31/12/2012 e 31/12/2013.

3.6.1.2. Etapa 2

Na segunda etapa foram utilizados os dados de estrutura dos hospitais, tais como: quantidade de leitos operacionais, quantidade de funcionários, médicos e enfermeiros e número de equipamentos de diagnósticos por imagem (*inputs*), juntamente com a quantidade de serviços assistenciais anualmente executado para cada hospital (*outputs*), a fim de identificar por meio da Análise Envoltória de Dados a eficiência técnica dos hospitais.

O modelo foi rodado no sistema MaxDEA para os anos de 2012 e 2013, utilizando a orientação para resultados CCR e considerando como DMU cada hospital geral. Em relação ao modelo CCR, este foi desenvolvido por Charnes, Cooper, e Rhodes (1978), pressupõe retornos constantes de escala e "permite uma avaliação objetiva da eficiência global e identifica as fontes e estimativas de montantes das ineficiências identificadas" (Kassai, 2002, p. 73), além de ser amplamente utilizada para aferir a eficiência de hospitais e unidades de saúde (Chang, 1998; Chirikos & Sear, 2000; Gonçalves, Noronha, Lins, & Almeida, 2007; Hofmarcher et al., 2002; Jacobs, 2001; Magnussen, 1996; Masiye, 2007; Sherman, 1984; Trivelato et al., 2015; Varela & Pacheco, 2012).

Eficiência é a relação entre os produtos/serviços gerados (*output*) com os insumos utilizados (*input*) e pode ser classificada em dois tipos: eficiência técnica e eficiência alocativa. A eficiência técnica refere-se à relação entre um conjunto de insumos e produtos e a relação é considerada tecnicamente eficiente se produz o máximo de produtos (*outputs*) dado um certo nível de insumos (*inputs*) (Liu, X et al., 2004). A eficiência alocativa refere-se à capacidade da

firma em usar os inputs em proporção ótima, considerando seus preços e a tecnologia de produção (Varela, Martins, & Fávero, 2012).

A metodologia denominada *Data Envelopment Analysis* (DEA) ou Análise Envoltória de Dados consiste em uma técnica não paramétrica que se baseia em programação linear e permite identificar medidas de eficiência relativa entre diferentes unidades tomadoras de decisão.

As unidades tomadoras de decisão, ou DMU (*Decision Making Units*), segundo Kassai (2002), podem ser grupos de empresas, empresas individuais, departamentos, divisões ou unidades administrativas, no entanto, apresentam certos pré-requisitos, tais como: (i) devem ser suscetíveis a comparação; (ii) devem atuar sob a mesma condição; (iii) os insumos (*input*) e produtos (*outputs*) devem ser os mesmos para cada unidade, diferindo apenas na intensidade e magnitude.

Os produtos (*outputs*) selecionados para este estudo referem-se à produção anual executada pelos hospitais em internações, hospital dia e cirurgias ambulatoriais, atendimentos de urgência, atendimentos ambulatoriais e exames SADT Externo realizado para o ano de 2012 e 2013. Importante destacar que a primeira justificativa para a utilização dos *outputs* deve-se ao fato de ser o item mais representativo do contrato de gestão, isto é, praticamente todo o desenho e especificação do contrato baseia-se na produção assistencial a ser realizada pelos hospitais gerais. Em segundo lugar, a contratualização baseada em desempenho também pressupõe o foco na produção realizada, ou seja, o contratado é remunerado após a entrega dos serviços pré-estabelecidos no contrato (Lu, 2015).

A terceira justificativa provém de estudos anteriores que utilizaram variáveis de *inputs* e *outputs* similares para avaliar a eficiência dos hospitais, tais como o estudo de Jehu-Appiah et al. (2014) que empregaram o DEA na análise quantitativa de dados para estudar a eficiência de hospitais públicos e privados em Gana, além da utilização de regressão com o modelo Tobit. A amostra de 128 hospitais teve como *inputs* a quantidade de leitos operacionais, funcionários clínicos, funcionários não clínicos e despesa (pessoal, material, bens e serviços), e *outputs* dias de internação, número de partos e número de serviços laboratoriais. Os resultados ressaltam que os hospitais distritais apresentaram elevados índices de ineficiência técnica na produção de serviços de saúde e que as características de estrutura de propriedade também interferem na eficiência.

Por fim, vale ressaltar que o modelo utilizado pode apresentar certas limitações, pois a relação de eficiência não está sendo realizada com base na variação entre a quantidade contratada e realizada. Esta limitação ocorre por alguns fatores: (i) ausência de estudos

anteriores que comparam a variação entre quantidade contratada e realizada em um modelo de contratualização; (ii) o modelo de Análise Envoltória dos Dados não permite utilizar números negativos nas variáveis de *inputs* e *outputs*, isto é, a variação entre produção contratada e realizada não poderia apresentar indicador negativo para nenhum hospital; e (iii) conforme Dyson et al. (2001), o modelo de Análise Envoltória dos Dados pressupõe algumas restrições como a utilização de medidas em percentuais ou índices em somente um dos conjuntos de *inputs* ou *outputs* .

Diante do exposto, foi empregado neste estudo o modelo DEA para identificar a eficiência técnica dos hospitais, utilizando os dados de estrutura dos hospitais (*inputs*) a produção executada como *outputs*, pois representa o principal componente de análise ao considerar o desempenho do contrato de gestão.

A Tabela 13 apresenta as variáveis de insumos e produtos que foram utilizadas no modelo para cálculo da eficiência técnica, considerando o sistema MaxDEA para realizar a análise dos dados.

Tabela 13
Resumo das variáveis utilizadas no modelo

Insumos/Produtos	**Variáveis**
Inputs	Número de leitos em operação
	Número de funcionários incluindo administrativos, médicos e enfermeiros
	Número de equipamentos de diagnósticos por imagem
Outputs	Número de internações realizadas
	Número de hospital dia e cirurgias ambulatoriais realizadas
	Número de atendimentos de urgência realizados
	Número de atendimentos ambulatoriais realizados
	Número de exames SADT Externo e tratamentos clínicos realizados

3.6.1.3. Etapa 3

A terceira etapa consiste na análise dos dados econômicos e financeiros dos hospitais gerais geridos pelas OSS e as informações foram extraídas das Demonstrações Financeiras divulgadas no DOESP. São elas: Balanço Patrimonial (BP), Demonstração do Resultado (DR), Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL), Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC) e Notas Explicativas (NE). Com o objetivo de refletir o impacto dos efeitos inflacionários no lucro e no balanço patrimonial dos hospitais gerais da amostra. Para fins de análise, as demonstrações contábeis mencionadas foram corrigidas de acordo com o índice IGP-M de dezembro de 2015, extraído do sítio do Banco Central do Brasil em 13/01/2016, considerando o índice acumulado do ano de 10,5443.

Conforme Takamatsu e Lamounier (2006), para análise das demonstrações financeiras das empresas de forma comparativa no tempo, sugere-se a atualização monetária dos valores contábeis utilizando algum deflator. Os indicadores econômico-financeiros selecionados pela revisão da literatura indicam a situação financeira do hospital incluindo características de liquidez, rentabilidade, estrutura patrimonial, entre outros.

Além dos indicadores tradicionais indicados pela literatura para calcular os indicadores de estrutura, rentabilidade e liquidez (Assaf Neto, 2012; Martins et al., 2012, 2014; Matarazzo, 2010), estudos anteriores como de Bowman (2011) e Prentice (2015) foram utilizados, pois apresentavam também possíveis variáveis que permitiam uma análise econômico-financeira de entidades sem fins lucrativos. No entanto, devido a limitação dos dados financeiros divulgados pelas Organizações Sociais de Saúde e agrupamentos das informações contábeis, os indicadores econômico-financeiros utilizados nesta pesquisa não são exclusivos para o setor sem fins lucrativos, porém são amplamente utilizados em estudos deste setor, como apresentado na Tabela 5.

A Tabela 14 apresenta os índices econômico-financeiros analisados para cada hospital geral, considerando o teste de mediana para identificar os respectivos indicadores relacionados aos hospitais gerais classificados como eficientes e ineficientes. O teste não paramétrico de Mann Whitney foi realizado para identificar a relação entre a mediana dos dois grupos de hospitais.

Tabela 14
Indicadores Econômico-Financeiros utilizados na pesquisa

Sigla	Variável	Fórmula
PCT	Participação de Capitais de Terceiros	Capitais de Terceiros/Ativo Total
CE	Composição do Endividamento	Passivo Circulante/Capitais de Terceiros
IPL	Imobilização do Patrimônio Líquido	Ativo Permanente/Patrimônio Líquido
LC	Liquidez Corrente	Ativo Circulante/Passivo Circulante
LI	Liquidez Imediata	Disponibilidade+Aplicações Financeiras/Passivo Circulante
ROA	Rentabilidade do Ativo	Lucro Líquido/Ativo Total

Deste modo a etapa 3 apresenta três subdivisões, pois retrata inicialmente o cálculo efetivo dos indicadores econômico-financeiro dos hospitais, a análise da mediana dos indicadores em relação aos grupos de hospitais eficientes e ineficientes e a realização do teste de mediana de *Mann Whitney*. A análise das medianas dos indicadores foi utilizada para complementar a avaliação de eficiência técnica proveniente do sistema MAXDEA, identificando e analisando os resultados para os hospitais classificados como eficientes e não eficientes e testando a hipótese de pesquisa.

3.6.1.4. Etapa 4

Apresenta uma análise da matriz de correlação dos dados obtidos nas etapas anteriores, ou seja, os dados de variação da produção assistencial para os anos de 2012 e 2013, e os indicadores econômico-financeiros.

4. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados deste estudo, no entanto, maior detalhamento das informações contidas nas tabelas poderá ser encontrado nos Apêndices A e B deste trabalho. Primeiramente são descritas as características dos hospitais considerados na amostra para os anos de 2012 e 2013, para posteriormente apresentar o desempenho assistencial de cada hospital geral de forma individualizada e consolidada. Em seguida são apresentados os valores de repasse, os indicadores de qualidade e o percentual que cada hospital gastou com despesas com pessoal. Por fim são apresentados os indicadores econômico-financeiro, a análise de eficiência destes hospitais e a análise da matriz de correlação.

4.1. Perfil dos hospitais analisados

Este tópico apresenta algumas características dos hospitais gerais analisados, com base em informações extraídas do contrato de gestão e sistema DATASUS. A Tabela 15 apresenta o nível de atenção da atividade ambulatorial e hospitalar classificada em média e alta complexidade, a tipologia do hospital em relação ao atendimento às urgências, o porte do hospital, a quantidade de leitos operacionais tendo como base o ano de 2013, e as especialidades médicas e não médicas contratadas para os períodos de análise.

Entende-se por hospital geral aqueles destinados a prestar assistência na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes, em no mínimo quatro especialidades básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica (Ministério da Saúde, 1985).

O nível de atenção da atividade ambulatorial e hospitalar apresentada pelos hospitais gerais analisados, podem ser classificados em média e alta complexidade. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011) a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e de tratamento. Já a alta complexidade refere-se ao conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Os atendimentos a urgências hospitalares referem-se ao conjunto de ações utilizadas para a recuperação de pacientes que apresentam agravos à saúde e necessitam de assistência imediata. O conceito de emergência é similar, porém são situações que demandam de assistência imediata por apresentarem risco de vida (Ministério da Saúde, 1985).

O contrato de gestão, no item 3 do anexo técnico 01 (http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/), determina que os atendimentos a urgências e emergências podem ocorrer de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

> Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante 24 horas do dia, todos os dias do ano. Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano. (grifos do autor)

A determinação do porte do hospital indica a capacidade instalada em termos de leitos, ou seja, cama destinada à internação do paciente no hospital, sem levar em consideração os leitos destinados à observação e à unidade de terapia intensiva. Hospital de pequeno são instituições hospitalares que possuem até 50 leitos e atuam em serviços de baixa e média complexidade. Os hospitais de médio porte possuem capacidade instalada de 51 a 150 leitos e os hospitais de grande porte de 151 à 500 leitos, e podem atuar com atividades ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade (Ministério da Saúde, 1985).

As especialidades contratadas para o atendimento ambulatorial refletem a diversidade de serviços contratados para prestar assistência em especialidades médicas (i.e., cardiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia) e não médicas (i.e., enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia), estabelecido e detalhado no contrato de gestão em termos de tipo de atendimento (primeira consulta, interconsulta, etc.) e quantidades.

Os serviços contratados representam as modalidades de prestação de serviço assistencial que o hospital se compromete a oferecer aos usuários do sistema único de saúde, e é composto por: Internação (INTE), Hospital Dia (HODI), Cirurgia Ambulatorial (CIAM), Atendimento Ambulatorial (ATAM), Atendimento às Urgências (ATUR) e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).

A Internação representa a assistência por meio da admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou superior a 24 horas (Ministério da Saúde, 1985), bem como o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente do momento da internação até a alta hospitalar. Refere-se exclusivamente as especialidades pactuadas no contrato de gestão podendo ser: clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, pediatria ou psiquiatria.

Hospital Dia representa a modalidade em que o paciente utiliza a assistência hospitalar seja para internação, atendimento ambulatorial ou realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos, que, no entanto, requeiram a permanência no hospital por no máximo doze horas (Ministério da Saúde, 1985).

Cirurgia Ambulatorial são procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares, podendo ser procedimentos mais complexos que envolvem a presença de médico anestesista, com ou sem sedação e que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, ou procedimentos de baixa complexidade que podem ser realizados no consultório e dispensam cuidados especiais no pós-operatório. (RMS, 1985 e contrato de gestão).

De acordo com o modelo padrão de contrato de gestão (http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/) Atendimento Ambulatorial engloba a (i) primeira consulta – que refere-se a visita inicial do paciente ao hospital, para atendimento a uma determinada especialidade; (ii) interconsulta – indica a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição; (iii) consulta subsequente – indicam os retornos decorrentes das consultas oferecidas previamente; (iv) procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas – referem-se a sessões de média ou longa duração registradas como terapias especializadas realizadas por especialidades não médicas (sessões).

Os atendimentos às urgências indicam os atendimentos não programados que requeiram ou não hospitalização. O serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (externo) referem-se aos exames para apoio diagnóstico e terapêutico realizados pelo hospital aos pacientes externos, ou seja, àqueles encaminhados por outros serviços de saúde (Ministério da Saúde, 1985).

Conforme mostra a Tabela 15, pode se observar que de acordo com a complexidade do nível de atenção da atividade ambulatorial e hospitalar a maioria dos hospitais (n=15) realizam serviços e procedimentos de média e alta complexidade. Quanto à capacidade hospitalar instalada, dos hospitais analisados 22% são de médio porte totalizando em média 307 leitos em operação, e 78% de grande porte totalizando 3.923 leitos em operação.

Em relação as especialidades contratadas para o atendimento ambulatorial (médicos e não médicos) é possível identificar certa disparidade na quantidade de especialidades contratadas entre o grupo de hospitais de grande porte. No entanto, estas especialidades estão diretamente relacionadas com a quantidade de atendimento ambulatorial contratada, ou seja, hospitais com menos especialidades contratadas apresentam também uma quantidade inferior de serviços ambulatoriais contratados.

Dos serviços contratados, a Internação e os Atendimentos de Urgência são as únicas contratações presentes em todos os hospitais, seguido pelo SADT que está presente em 89% dos hospitais e pelo Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial presente em 72% da amostra analisada. Em relação ao atendimento de urgências a classificação está equilibrada, pois 50% dos hospitais são tipo portas abertas e 50% tipo portas fechadas.

Tabela 15
Perfil dos Hospitais Gerais

Hospitais N=18	Complexidade do nível de atenção da atividade ambulatorial e Hospitalar	Porte do Hosp.	Leitos 2013	Total leitos	Especialidades contratadas para o atendimento ambulatorial: Médicas 2012	Médicas 2013	Não Médicas 2012	Não Médicas 2013	Serviços contratados: INTE	HODI	CIAM	ATUR	ATAM	SADT
Hosp. Est. João Paulo II	Média		55		serviço não contratado				Sim	Sim	Sim	Fechada	Não	Não
Hosp. Reg. de Porto Primavera	Média	Médio	57	307	7	9	4	3	Sim	Sim	Sim	Aberta	Sim	Sim
Hosp. Est. de Franco da Rocha	Média e Alta	(22%)	85		8	8	4	4	Sim	Sim	Sim	Fechada	Sim	Sim
Hosp. Est. de Francisco Morato	Média e Alta		109		serviço não contratado				Sim	Não	Não	Fechada	Não	Sim
Hosp. Reg. de Cotia	Média e Alta		169		12	11	4	4	Sim	Sim	Sim	Aberta	Sim	Sim
Hosp. Geral de Itapecerica da Serra	Média e Alta		212		17	16	5	5	Sim	Sim	Sim	Fechada	Sim	Sim
Hosp. Est. de Sapopemba	Média e Alta		225		8	9	-	-	Sim	Sim	Sim	Fechada	Sim	Sim
Hosp. Est. de Vila Alpina	Média e Alta		235		9	7	5	3	Sim	Sim	Sim	Aberta	Sim	Sim
Hosp. Geral de Carapicuíba	Média e Alta		244		22	19	5	5	Sim	Sim	Sim	Fechada	Sim	Sim
Hosp. Geral de Itapeví	Média e Alta		254		15	15	2	3	Sim	Sim	Sim	Fechada	Sim	Sim
Hosp. Geral de Itaquaquecetuba	Média e Alta	Grande	273	3.923	3	14	-	1	Sim	Não	Não	Aberta	Sim	Sim
Hosp. Est. de Santo André	Média e Alta	(78%)	274		22	22	8	8	Sim	Sim	Sim	Fechada	Sim	Sim
Hosp. Geral de Itaim Paulista	Média		286		3	7	-	3	Sim	Não	Não	Aberta	Sim	Sim
Hosp. Est. de Bauru	Média e Alta		296		28	8	28	8	Sim	Sim	Sim	Fechada	Sim	Sim
Hosp. Geral de Grajaú	Média e Alta		299		serviço não contratado				Sim	Não	Não	Aberta	Não	Sim
Hosp. Geral de Pedreira	Média e Alta		304		serviço não contratado				Sim	Não	Não	Aberta	Não	Não
Hosp. Geral de Guarulhos	Média e Alta		376		12	13	7	7	Sim	Sim	Sim	Aberta	Sim	Sim
Hosp. Reg. de Presidente Prudente	Média e Alta		478		34	34	-	-	Sim	Sim	Sim	Aberta	Sim	Sim
					Representatividade				**100%**	**72%**	**72%**	**100%**	**78%**	**89%**

Nota. INTE= Internação; HODI = Hospital Dia; CIAM = Cirurgia Ambulatorial; ATUR = Atendimento de Urgência; ATAM = Atendimento Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Dos contratos de gestão em vigor para os anos de 2012 e 2013, celebrados entre a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo e as Organizações Sociais de Saúde, cerca de 80% visa o atendimento do Departamento Regional de Saúde I (DRS I) que atende a Grande São Paulo nas cidades de: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapecerica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus. Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista.

Vale observar que as OSS estão estrategicamente espalhadas no Estado de São Paulo e na região metropolitana da cidade de São Paulo. Localizadas com certa proximidade, mas responsáveis pela cobertura de áreas específicas na região metropolitana de SP, tais como: a Cruzada Bandeirante atua no Oeste; a Santa Casa é responsável pela região norte; a região leste é representada pela Santa Marcelina; a SECONCI atua no centro e na região sudoeste; o Sírio Libanês na região sul e a Fundação do ABC na região do próprio ABC. No interior do Estado de São Paulo, na região de Bauru a responsabilidade é da FAMESP e na região noroeste do estado, encontra-se o Lar São Francisco. A Tabela 16 apresenta a área de atuação dos hospitais gerais administrados por OSS.

Tabela 16
Área de atuação dos hospitais gerais

OSS	Hospital Geral	%	DRS	Inserção Regional
Cruzada Bandeirante	Hosp. Geral de Carapicuíba	78%	DRS - I	Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana do Parnaíba.
	Hosp. Geral de Pedreira		DRS - I	Municípios de São Paulo: Distrito de Cidade Ademar, Pedreira e Campo Grande.
	Hosp. Geral de Itapeví		DRS - I	Itapevi, Jandira, Vargem Grd Paulista, Pirapora do Bom Jesus, Santana de Parnaíba, Cotia e Barueri.
Santa Casa de São Paulo	Hosp. Estadual de Fco. da Rocha		DRS - I	Franco da Rocha e Francisco Morato.
	Hosp. Estadual de Fco. Morato		DRS - I	Franco da Rocha, Cajamar, Caieiras, Mairiporã e Francisco Morato.
	Hosp. Geral de Guarulhos		DRS - I	Guarulhos.
	Hosp. Geral do Itaim Paulista		DRS - I	Município de São Paulo: Itaim Paulista e Vila Curuçá.
	Hosp. Geral de Itaquaquecetuba		DRS - I	Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano.
SECONCI	Hosp. Estadual de Sapopemba		DRS - I	Município de São Paulo: Vila Prudente, Ambulatório de Especialidades Médicas de Sapopemba.
	Hosp. Estadual de Vila Alpina		DRS - I	Município de São Paulo: Água Rasa, Aricanduva, Arthur Alvim, Belém, Cangaíba, Carrão, Cursino, Ipiranga, Jabaquara, São Lucas, Sapopemba, Saúde, Tatuapé, Vila Formosa, Vila Mariana, Vila Matilde, Vila Prudente, Moema, Mooca, Penha e Sacomã.
	Hosp. Geral de Itapecerica da Serra		DRS - I	Itapecerica da Serra, Embu-Guaçu, Juquitiba, São Lourenço.
	Hosp. Regional de Cotia		DRS - I	Cotia e Vargem Grande Paulista.
Sírio Libanês	Hosp. Geral do Grajaú		DRS - I	Municípios de São Paulo: Capela do Socorro, Grajaú, Cidade Dutra, Parelheiros e Marsilac.
Fundação do ABC	Hosp. Estadual de Santo André		DRS - I	Municípios - Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Rio Grande da Serra e Ribeirão Pires.
FAMESP	Hosp. Estadual de Bauru	6%	DRS - VI	Águas de Santa Bárbara, Agudos, Anhembi, Arandu, Arealva, Areiópolis, Avaí, Avaré, Balbinos, Barão de Antonina, Bariri,Barra Bonita, Bauru, Bocaína, Bofete, Boracéia, Borebi, Botucatu, Brotas, Cabrália Paulista, Cafelândia, Cerqueira César, Conchas, Coronel Macedo, Dois Córregos, Duartina, Fartura, Getulina, Guaiçara, Iacanga, Iaras, Igaraçu do Tietê, Itaí, Itajú, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jaú, Laranjal Paulista, Lins, Lucianópolis, Macatuba, Manduri, Mineiros do Tietê, Paranapanema, Pardinho, Paulistânia, Pederneiras, Pereiras, Piraju,Pirajuí, Piratininga, Pongaí, Porangaba, Pratânia, Presidente Alves, Promissão, Reginópolis, Sabino,São Manuel, Surutaiá, Taguaí,Taquarituba, Tejupá, Torre de Pedra, Torrinha, Uru.

(continuação)

OSS	Hospital Geral	%	DRS	Inserção Regional
Lar São Francisco	Hosp. Regional de Presidente Prudente	11%	DRS - XI	Alfredo Marcondes, Álvares Machado, Anhumas, Caiabu, Caiuá, Dracena, Emilianópolis, Estrela do Norte, Euclides da Cunha Paulista, Flora Rica, Iepê, Indiana, Irapuru, João Ramalho, Junqueirópolis, Marabá Paulista, Martinópolis, Mirante do Paranapanema, Monte Castelo, Nantes, Narandiba, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Paranomam, Paulicéia, Piquerobi, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Prudente, Presidente Venceslau, Quatá, Rancharia, Regente Feijó, Ribeirão dos Índios, Rosana, Sandovalina, Santa Mercedes, Santo Anastácio, Santo Expedito, São João do Pau d'Alho, Taciba, Tarabaí, Teodoro Sampaio, Tupi Paulista.
	Hosp. Regional Porto Primavera		DRS - XI	Mirante do Paranapanema, Euclides da Cunha Paulista, Teodoro Sampaio e Rosana.
Lar São Francisco	Hosp. Estadual João Paulo II	6%	DRS - XV	Inserção Regional - Adolfo, Alvares Florence, Américo de Campos, Aparecida d'Oeste, Ariranha, Aspásia, Palestina, Palmares Paulista, Palmeira d'Oeste, Paraíso, Paranapuã, Parisi, Paulo de Faria, Pedranópolis, Pindorama, Pirangi Bady Bassit, Bálsamo d'Oeste, Cardoso, Catanduva, Catiguá, Cedral, Cosmorama, Dirce Reis, Dolcinópolis, Elisiário, Estrela d'Oeste, Fernando Preste, Fernandópolis, Floreal, Gastão Vidigal, General Salgado, Guapiaçu, Guarani d'Oeste, Ibirá, Icém,Indiaporã, Ipiguá, Irapuã, Itajobi, Jaci, Jales, José Bonifácio, Macaubal, Macedônia, Magda, Marapoama, Marinópolis, Mendonça, Meridiano, Mesópolis, Mirassol, Mira Estrela, Mirassolândia, Monções, Monte Aprazível, Neves Paulista, Nahdeara, Nipoã, Nova Aliança, Nova Canaã Paulista,Nova Granada, Novais, Novo Horizonte, Onda Verde, Orindiúva, Ouroeste, Palestina, Palmares Paulista, Palmeira d'Oeste, Paraíso, Paranapuã, Parisi, Paulo de Faria, Pedranópolis, Pindorama, Pirangi,Planalto, Poloni, Pontalinda, Pontes Gestal, Populina, Potirendaba, Riolândia, Rubinéia, Sales, Santa Adélia, Santa Albertina,Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita d'Oeste, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, São João das Duas Pontes, São João de Iracema, São José do Rio Preto, Sebastianópolis do Sul, Tabapuã, Tanabi, Três Fronteiras,Turmalina, Ubarana, Uchoa, União Paulista,lista, Urânia, Urupês, Valentim Gentil, Vitória Brasil, Votuporanga, Zacarias.

Nota. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão.

4.2. Desempenho Assistencial

Esta seção apresenta a produção trimestral e anual dos hospitais, com foco nas quantidades de serviços contratados por meio do contrato de gestão e termos aditivos, a execução contratual, isto é, a quantidade e de serviços assistenciais efetivamente realizados e a respectiva variação apresentada entre estes dois grupos.

4.2.1. Quantidade de serviços contratados e realizados

O contrato de gestão determina os tipos de serviços contratados para cada hospital, especificando-os nas seguintes modalidades: (i) Internação ou Saídas Hospitalares - clínica médica, clinica cirúrgica, obstetrícia, pediatria, psiquiatria; (ii) Hospital Dia; (iii) Cirurgia Ambulatorial; (iv) Atendimento Ambulatorial - primeira consulta, interconsulta, consulta subsequente, consulta não médica; (v) Atendimento à Urgência e (vi) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) - diagnóstico laboratorial clínico, radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia, entre outros. Para fins de análise foram consideradas as quantidades contratadas e realizadas agrupadas por modalidades – internação, hospital dia, cirurgia ambulatorial, atendimento ambulatorial e SADT, pois não foi possível obter da Secretaria de Estado da Saúde os dados quantificados separadamente para cada subitem destas modalidades.

Vale ressaltar que ao longo do período de contratação pode haver alterações em termos de quantidade e especialidades contratadas, que surgem devido aos ajustes de demanda ou necessidade específica do hospital. Estas alterações implicam em Termos Aditivos que estão descritos no Apêndice A e foram devidamente consideradas neste estudo.

As quantidades contratadas que constam no contrato de gestão possuem a vigência de um ano, deste modo, anualmente a CGCSS emite um Termo de Retirratificação com as novas quantidades contratadas para o período seguinte de forma que, nenhum hospital inicia o ano sem que haja um termo contratual associado.

As análises apresentadas nesta seção têm como fonte de embasamento os seguintes relatórios:

Quantidade Contratada: Contrato de Gestão, Termos Aditivos, Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES, e Relatório de Execução do Contrato de Gestão divulgado pelas Organizações Sociais de Saúde anexo às Demonstrações Contábeis.

Quantidade Realizada: Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES, Relatório de Execução do Contrato de Gestão divulgado pelas Organizações Sociais de Saúde anexo às Demonstrações Contábeis e Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado no DOESP.

O **percentual** aponta a variação positiva ou negativa entre a quantidade contratada e a quantidade realizada para cada modalidade de serviço assistencial.

Devido a diversas inconsistências de dados entre produção contratada e realizada, o Apêndice B apresenta a conciliação entre o Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES, o Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado no DOESP, e o Relatório de Execução do Contrato de Gestão apresentado nas Demonstrações Financeiras pelas próprias OSS.

Na seção 4.2.2 a análise individualizada de cada hospital geral é apresentada com base em duas tabelas: a primeira mostra a quantidade anual dos serviços contratados e realizados e a respectiva variação. Este dado de produção foi base de cálculo da eficiência técnica dos hospitais. As Tabelas referentes a estas análises são: 18, 21, 24, 26, 29, 32, 35, 38, 41, 44, 47, 50, 52, 55, 58, 61, 64 e 67.

A segunda tabela apresenta, com base no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES, as quantidades contratadas e realizadas trimestrais, com o objetivo de evidenciar a necessidade de redução do valor de repasse devido ao não cumprimento das cláusulas contratuais relativos a quantidade produzida no período. Este relatório fornece também, subsídios para justificar as variações ocorridas ao longo do trimestre, permitindo assim uma análise mais detalhada dos resultados. Conforme mencionado anteriormente, os relatórios de execução oriundo das diversas fontes (SES, DOESP e OSS) apresentam certas divergências, deste modo o objetivo de apresentar as duas tabelas é também para apontar a produção e as divergências representativas que foram ou não consideradas pela SES.

O contrato de gestão estabelece na cláusula quatro que a Comissão de Avaliação da Execução do Contrato de Gestão deve avaliar trimestralmente o desenvolvimento das atividades realizadas pela OSS em relação às diretrizes e metas definidas pela SES no contrato de gestão. Esta avaliação implica em descontos no pagamento da parcela fixa do contrato – 90% do orçamento econômico-financeiro – estabelecido conforme critérios definidos no Anexo Técnico II (Sistema de Pagamento), caso a meta de produção pactuada não seja atingida. Conforme estabelece o parágrafo oito do Anexo Técnico II, nos meses de

julho e dezembro, a CGCSS procede com a análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela Organização Social de Saúde, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

A Tabela 17 extraída do contrato de gestão retrata a forma como os desvios são analisados pela CGCSS em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial. Para cada tipo de modalidade existe uma variação proporcional no valor de pagamento de recursos a ser efetuado à OSS.

Tabela 17
Avaliação e Valoração nas Quantidades de Atividade Assistencial

Valor a Pagar	Internação	Hospital Dia	Ambulatório	SADT Externo	Urgência
100% do peso percentual da atividade	>100%	>100%	>100%	>100%	>100%
100% do peso percentual da atividade	95% à 100%	85% à 100%	85% à 100%	85% à 100%	85% à 100%
90% X peso percentual da atividade X orçamento do hospital	70% à 94,99%	70% à 84,99%	70% à 84,99%	70% à 84,99%	70% à 84,99%
70% X peso percentual da atividade X orçamento do hospital	< 70%	< 70%	< 70%	< 70%	< 70%

Nota. Baseado nos Contratos de Gestão (http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/).

Resumindo, o acompanhamento da execução do contrato de gestão visando o monitoramento da produção assistencial é realizado pela CGCSS e ocorre trimestralmente, porém os ajustes acontecem semestralmente, geralmente nos meses de julho e dezembro e são definidos conforme a Tabela 17. Os descontos financeiros decorrentes do não cumprimento das metas e os ajustes de produção e custeio, pressupõe a realização de Termos de Retirratificação.

4.2.2. Análise Individualizada dos Hospitais Gerais

Esta seção tem como objetivo identificar a quantidade de produção assistencial contratada e realizada para cada hospital geral, com base em dados anuais e trimestrais (ver Tabelas 19, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 51, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 62, 63, 65, 66 e 68) e considerando todos os hospitais identificados na amostra.

4.2.2.1. Hospital Geral de Carapicuíba

O Hospital Geral de Carapicuíba apresentou produção excedente à contratada para os anos de 2012 e 2013, em especial nas categorias de Hospital Dia, Cirurgia Ambulatorial e Atendimentos Ambulatoriais. O acompanhamento trimestral realizado pela SES não contempla a produção contratada e realizada referente ao Tratamento Clínico em nefrologia e diagnóstico de laboratório clínico estipulado no contrato de gestão. Deste modo, para fins de análise trimestral, este dado não foi considerado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 18
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Carapicuíba

	2012			**2013**		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	15.072	15.105	0,22%	15.072	15.435	2,41%
HD + CA	2.556	3.017	18,04%	2.556	2.903	13,58%
Urgência	43.116	46.339	7,48%	43.116	44.907	4,15%
Ambulatório	105.204	113.234	7,63%	105.204	114.144	8,50%
SADT	21.480	22.097	2,87%	21.480	21.458	-0,10%
Trat. Clínico	575.489	735.693	27,84%	16.332	17.434	6,75%
TOTAL	**762.917**	**935.485**	**22,62%**	**203.760**	**216.281**	**6,14%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão, no entanto, informa que durante o ano de 2012 a modalidade de cirurgias ambulatoriais e cirurgias em regime de hospital dia apresentou produção superior à contratada devido à demanda encaminhada pelo AME Carapicuíba relativo a cirurgias dermatológicas e oftalmológicas. A produção superior referente aos atendimentos ambulatoriais deve-se aos pacientes de nefrologia e cardiologia que requerem um maior número de consultas de retorno e os atendimentos de urgência excedem o contratado devido à pressão da demanda regional.

As justificativas para o excesso de produção realizada para o ano de 2013 corroboram com os dados de 2012, pois as modalidades de cirurgias ambulatoriais e cirurgias em regime de hospital dia apresentaram produção superior ao longo de todos os trimestres do ano relativo também a consultas oftalmológicas demandadas pelo AME Carapicuíba. As consultas de urgência apresentam produção superior por pressão da demanda regional, e no terceiro trimestre especificamente relacionado aos atendimentos de obstetrícia. Para as consultas ambulatoriais a produção superior surge por necessidade de sessões de fisioterapia e de retorno dos pacientes em acompanhamento. Pode-se identificar que nenhuma

modalidade apresentou produção inferior de modo que estivesse sujeita a redução da parcela variável do período.

Tabela 19
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão - HGC 2012

Hospital Geral de Carapicuíba		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.768	639	10.779	26.301	5.370	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.808	767	11.834	27.502	5.596	
	%	1,1%	20,0%	9,8%	4,6%	4,2%	
2º Trimestre	C	3.768	639	10.779	26.301	5.370	
	R	3.779	730	11.432	28.138	5.563	
	%	0,3%	14,2%	6,1%	7,0%	3,6%	
3º Trimestre	C	3.768	639	10.779	26.301	5.370	
	R	3.756	781	11.527	29.148	5.539	
	%	-0,3%	22,2%	6,9%	10,8%	3,1%	
4º Trimestre	C	3.768	639	10.779	26.301	5.370	
	R	3.762	739	11.546	28.446	5.399	
	%	-0,2%	15,6%	7,1%	8,2%	0,5%	
TOTAL	**C**	**15.072**	**2.556**	**43.116**	**105.204**	**21.480**	
	R	**15.105**	**3.017**	**46.339**	**113.234**	**22.097**	
	%	**0,2%**	**18,0%**	**7,5%**	**7,6%**	**2,9%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 20
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGC – 2013

Hospital Geral de Carapicuíba		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.768	639	10.779	26.301	5.370	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.869	732	11.410	27.744	5.367	
	%	2,68%	14,55%	5,85%	5,49%	-0,06%	
2º Trimestre	C	3.768	639	10.779	26.301	5.370	
	R	4.025	797	10.862	30.013	5.349	
	%	6,82%	24,73%	0,77%	14,11%	-0,39%	
3º Trimestre	C	3.768	639	10.779	26.301	5.370	
	R	3.810	718	11.039	28.347	5.316	
	%	1,11%	12,36%	2,41%	7,78%	-1,01%	
4º Trimestre	C	3.768	639	10.779	26.301	5.370	
	R	3.731	656	11.596	28.040	5.426	
	%	-0,98%	2,66%	7,58%	6,61%	1,04%	
TOTAL	**C**	**15.072**	**2.556**	**43.116**	**105.204**	**21.480**	
	R	**15.435**	**2.903**	**44.907**	**114.144**	**21.458**	
	%	**2,41%**	**13,58%**	**4,15%**	**8,50%**	**-0,10%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.2. Hospital Geral de Itapevi

O Hospital Geral de Itapeví apresentou produção excedente a contratada para os anos de 2012 e 2013, em especial relacionado às Urgências e Atendimentos Ambulatoriais.

Tabela 21
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Itapevi

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	13.404	13.311	-0,69%	13.692	14.290	4,37%
HD + CA	288	303	5,21%	-	-	-
Urgência	21.804	23.368	7,17%	22.380	27.375	22,32%
Ambulatório	43.752	44.464	1,63%	43.788	44.828	2,38%
SADT	2.448	2.954	20,67%	2.508	3.047	21,49%
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**81.696**	**84.400**	**3,31%**	**82.368**	**89.540**	**8,71%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Tabela 22
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGI – 2012

Hospital Geral de Itapeví		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.351	72	5.451	10.938	612	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.344	72	5.845	10.932	696	
	%	-0,21%	0,00%	7,23%	-0,05%	13,73%	
2º Trimestre	C	3.351	72	5.451	10.938	612	
	R	3.313	77	5.460	10.793	699	
	%	-1,13%	6,94%	0,17%	-1,33%	14,22%	
3º Trimestre	C	3.351	72	5.451	10.938	612	
	R	3.298	84	5.808	10.873	793	
	%	-1,58%	16,67%	6,55%	-0,59%	29,58%	
4º Trimestre	C	3.351	72	5.451	10.938	612	
	R	3.356	70	6.255	10.639	766	
	%	0,15%	-2,78%	14,75%	-2,73%	25,16%	
TOTAL	**C**	**13.404**	**288**	**21.804**	**43.752**	**2.448**	
	R	**13.311**	**303**	**23.368**	**43.237**	**2.954**	
	%	**-0,69%**	**5,21%**	**7,17%**	**-1,18%**	**20,67%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Para o ano de 2012 o hospital apresenta produção superior nas consultas de urgências devido pressão da demanda regional relacionado aos atendimentos de obstetrícia. As cirurgias ambulatoriais apresentaram no terceiro trimestre produção superior devido à realização de pequenas cirurgias dermatológicas. Nos exames de SADT a produção superior deve-se a necessidade regional de exames de ultrassom, endoscopia, cardiologia e métodos diagnósticos. As modalidades que apresentaram produção um pouco abaixo do contratado foram consideradas em situação de equilíbrio, pois representam menos de 5% e não atingem o percentual estabelecido no contrato de gestão (Tabela 17).

Tabela 23
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGI – 2013

Hospital Geral de Itapeví		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.423	-	5.595	10.947	627	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.504	-	6.626	11.517	654	
	%	2,37%	-	18,43%	5,21%	4,31%	
2º Trimestre	C	3.423	-	5.595	10.947	627	
	R	3.661	-	6.825	12.011	782	
	%	6,95%	-	21,98%	9,72%	24,72%	
3º Trimestre	C	3.423	-	5.595	10.947	627	
	R	3.622	-	6.831	11.213	865	
	%	5,81%	-	22,09%	2,43%	37,96%	
4º Trimestre	C	3.423	-	5.595	10.947	627	
	R	3.503	-	7.093	10.087	746	
	%	2,34%	-	26,77%	-7,86%	18,98%	
TOTAL	**C**	**13.692**	**-**	**22.380**	**43.788**	**2.508**	
	R	**14.290**	**-**	**27.375**	**44.828**	**3.047**	
	%	**4,37%**	**-**	**22,32%**	**2,38%**	**21,49%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Para o ano de 2013 as quantidades contratadas permanecem semelhantes ao ano anterior, com exceção aos serviços de hospital dia e cirurgia ambulatorial que não foram contratados. As consultas de urgências continuam com produção superior devido à pressão da demanda regional relacionado aos atendimentos de obstetrícia, e nos exames de SADT externo a produção superior refere-se à primeiras consultas médicas, exames de diagnóstico por ultrassonografia, endoscopia e métodos diagnósticos. No quarto trimestre, a variação negativa na modalidade de consultas ambulatoriais deve-se ao absenteísmo.

4.2.2.3. Hospital Geral de Pedreira

Somente os serviços de Internação e Urgência foram contratados para o Hospital Geral de Pedreira no ano de 2013, no entanto o hospital apresenta quantidade produzida referente aos exames de SADT externo (tomografia) não reconhecidos nos relatórios da Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 24
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Pedreira

	2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	16.761	17.256	2,95%
HD + CA	-	-	-
Urgência	259.800	279.202	7,47%
Ambulatório	-	-	-
SADT	-	2.979	100,00%
Trat. Clínico	-	-	-
TOTAL	**276.561**	**299.437**	**8,27%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

A variação entre a quantidade contratada e realizada nas modalidades de Internação ocorreu devido ao aumento da demanda regional por clínica médica e pediátrica, e nos atendimentos de Urgência, por receberem demanda espontânea e referenciada da rede (SAMU e Resgate).

Tabela 25
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGP – 2013

Hospital Geral de		**Internação**	**HD + CA**	**Urgência**	**Ambulatório**	**SADT**	**Tratamento Clínico**
1º Trimestre	C	4.149	-	64.200	-	-	Informação não divulgada neste relatório.
	R	4.170	-	66.515	-	-	
	%	0,51%	-	3,61%	-	-	
2º Trimestre	C	4.119	-	64.200	-	-	
	R	4.472	-	76.513	-	-	
	%	8,57%	-	19,18%	-	-	
3º Trimestre	C	4.149	-	64.200	-	-	
	R	4.376	-	68.694	-	-	
	%	5,47%	-	7,00%	-	-	
4º Trimestre	C	4.344	-	67.200	-	-	
	R	4.238	-	67.480	-	-	
	%	-2,44%	-	0,42%	-	-	
TOTAL	**C**	16.761	-	259.800	-	-	
	R	17.256	-	279.202	-	-	
	%	2,95%	-	7,47%	-	-	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.4. Hospital Estadual de Franco da Rocha

Os anos de 2012 e 2013 apresentam produção realizada superior a contratada em praticamente todas as linhas assistenciais do contrato, devido a demanda regional. Para o ano de 2012, nas internações, houve atendimento de alta complexidade especialmente em cardiologia, ortopedia e neurotrauma. A produção superior referente aos atendimentos de cirurgias ambulatoriais é proveniente de demanda interna. Nas consultas de urgência do terceiro e quarto trimestre, a produção inferior é causada por redução dos encaminhamentos.

A necessidade regional de consultas ambulatoriais nas especialidades resultou na variação de 43,33% para este item. A região apresenta demanda reprimida também para os exames de métodos diagnósticos (SADT) nos serviços de cardiologia e endoscopia.

Tabela 26
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Franco da Rocha

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	2.560	2.972	16,09%	2.928	3.091	5,57%
HD + CA	360	671	86,39%	480	728	51,67%
Urgência	6.570	6.528	-0,64%	6.600	6.483	-1,77%
Ambulatório	29.650	42.496	43,33%	38.400	44.351	15,50%
SADT	3.815	4.090	7,21%	4.020	4.416	9,85%
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**42.955**	**56.757**	**32,13%**	**52.428**	**59.069**	**12,67%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Tabela 27
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEFR – 2012

Hospital Geral de Franco da Rocha		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	570	90	1.330	6.350	945	Informação não divulgada neste relatório.
	R	733	153	1.464	12.685	978	
	%	28,60%	70,00%	10,08%	99,76%	3,49%	
2º Trimestre	C	610	90	1.460	7.250	950	
	R	728	179	1.620	10.665	1.015	
	%	19,34%	98,89%	10,96%	47,10%	6,84%	
3º Trimestre	C	660	90	1.680	7.850	960	
	R	751	167	1.576	9.634	1.128	
	%	13,79%	85,56%	-6,19%	22,73%	17,50%	
4º Trimestre	C	720	90	2.100	8.200	960	
	R	760	172	1.868	9.512	969	
	%	5,56%	91,11%	-11,05%	16,00%	0,94%	
TOTAL	**C**	**2.560**	**360**	**6.570**	**29.650**	**3.815**	
	R	**2.972**	**671**	**6.528**	**42.496**	**4.090**	
	%	**16,09%**	**86,39%**	**-0,64%**	**43,33%**	**7,21%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Para o ano de 2013, a saída hospitalar referente a internação e os atendimentos de urgência se mantiveram equilibrados em relação a quantidade contratada. Cirurgia ambulatorial apresentou produção superior por pressão da demanda interna do próprio ambulatório do hospital. As consultas ambulatoriais, em especial nas especialidades não médicas e consultas de retorno dos pacientes em tratamento no serviço, justificam a variação de 15,50%. E a variação negativa nos exames SADT no primeiro e segundo trimestre deve-se ao absenteísmo, diferentemente do terceiro e quarto trimestre que apresentou produção

superior devido a necessidade regional em exames de endoscopia e métodos diagnósticos em especialidades (cardiologia).

Tabela 28
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEFR – 2013

Hospital Geral de Franco da Rocha		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	732	120	1.650	9.600	1.005	Informação não divulgada neste relatório.
	R	760	175	1.624	12.299	928	
	%	3,83%	45,83%	-1,58%	28,11%	-7,66%	
2º Trimestre	C	732	120	1.650	9.600	1.005	
	R	728	168	1.591	11.008	990	
	%	-0,55%	40,00%	-3,58%	14,67%	-1,49%	
3º Trimestre	C	732	120	1.650	9.600	1.005	
	R	796	190	1.644	10.832	1.283	
	%	8,74%	58,33%	-0,36%	12,83%	27,66%	
4º Trimestre	C	732	120	1.650	9.600	1.005	
	R	807	195	1.624	10.212	1.215	
	%	10,25%	62,50%	-1,58%	6,38%	20,90%	
TOTAL	**C**	**2.928**	**480**	**6.600**	**38.400**	**4.020**	
	R	**3.091**	**728**	**6.483**	**44.351**	**4.416**	
	%	**6%**	**52%**	**-2%**	**15%**	**10%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.5. Hospital Estadual de Francisco Morato

O Hospital Geral de Francisco Morato possui apenas três serviços contratados, no entanto, para os anos de 2012 e 2013 todas as linhas apresentam produção realizada superior a contratada, devido a pressão da demanda regional. Esta principal justificativa aponta para dificuldades de atendimento que hospitais da região como, Santa Casa de Francisco Morato e o Hospital de Caieiras, apresentavam no período, com limitações e dificuldades no atendimento e represando assim a demanda o Hospital Geral de Francisco Morato. Os atendimentos nas especialidades de obstetrícia e consultas de ortopedia foram os principais responsáveis pelo aumento da produção nas modalidades de internação e urgência. No SADT externo a produção superior ocorreu devido a demanda regional por exames de tomografia e endoscopia.

Tabela 29
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Francisco Morato

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	4.294	5.379	25,27%	5.292	5.453	3,04%
HD + CA	-	-	-	-	-	-
Urgência	23.040	33.935	47,29%	23.040	33.281	44,45%
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
SADT	9.746	10.478	7,51%	9.736	10.315	5,95%
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**37.080**	**49.792**	**34,28%**	**38.068**	**49.049**	**28,85%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Tabela 30
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEFM – 2012

Hospital Geral de Francisco Morato		**Internação**	**HD + CA**	**Urgência**	**Ambulatório**	**SADT**	**Tratamento Clínico**
1º Trimestre	C	1.064	-	5.760	-	2.428	Informação não divulgada neste relatório.
	R	1.295	-	8.310	-	2.285	
	%	21,71%	-	44,27%	-	-5,89%	
2º Trimestre	C	1.052	-	5.760	-	2.440	
	R	1.390	-	8.150	-	2.733	
	%	32,13%	-	41,49%	-	12,01%	
3º Trimestre	C	1.074	-	5.760	-	2.439	
	R	1.354	-	8.869	-	2.788	
	%	26,07%	-	53,98%	-	14,31%	
4º Trimestre	C	1.104	-	5.760	-	2.439	
	R	1.340	-	8.606	-	2.672	
	%	21,38%	-	49,41%	-	9,55%	
TOTAL	**C**	**4.294**	**-**	**23.040**	**-**	**9.746**	
	R	**5.379**	**-**	**33.935**	**-**	**10.478**	
	%	**25,27%**	**-**	**47,29%**	**-**	**7,51%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 31
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEFM – 2013

Hospital Geral de Francisco Morato		**Internação**	**HD + CA**	**Urgência**	**Ambulatório**	**SADT**	**Tratamento Clínico**
1º Trimestre	C	1.316	-	5.760	-	2.428	Informação não divulgada neste relatório.
	R	1.425	-	8.942	-	2.581	
	%	8,28%	-	55,24%	-	6,30%	
2º Trimestre	C	1.330	-	5.760	-	2.440	
	R	1.430	-	8.587	-	2.674	
	%	7,52%	-	49,08%	-	9,59%	
3º Trimestre	C	1.323	-	5.760	-	2.438	
	R	1.353	-	7.667	-	2.630	
	%	2,27%	-	33,11%	-	7,88%	
4º Trimestre	C	1.323	-	5.760	-	2.430	
	R	1.245	-	8.085	-	2.430	
	%	-5,90%	-	40,36%	-	0,00%	
TOTAL	**C**	5.292	-	23.040	-	9.736	
	R	5.453	-	33.281	-	10.315	
	%	3,04%	-	44,45%	-	5,95%	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.6. Hospital Geral de Guarulhos

Apesar de ser o hospital com o maior número de leitos operacionais na DRS 1 (376 leitos), o Hospital Geral de Guarulhos apresentou algumas particularidades para os anos de 2012 e 2013, em relação aos procedimentos de Urgência que tiveram produção inferior a contratada.

Tabela 32
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Guarulhos

	2012			**2013**		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	14.965	14.934	-0,21%	15.795	15.384	-2,60%
HD + CA	614	677	10,26%	624	624	0,00%
Urgência	109.800	93.317	-15,01%	94.980	82.079	-13,58%
Ambulatório	34.120	37.334	9,42%	34.200	36.638	7,13%
SADT	34.303	33.641	-1,93%	31.008	31.263	0,82%
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**193.802**	**179.903**	**-7,17%**	**176.607**	**165.988**	**-6,01%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

As saídas hospitalares se mantiveram em equilíbrio nos anos de 2012 e 2013, apresentando uma pequena queda nas internações no quarto trimestre de 2012 devido à diminuição das saídas cirúrgicas, e no terceiro e quarto trimestre de 2013 por redução dos encaminhamentos provenientes do Pronto Socorro e Urgências.

O aumento da demanda regional provocou nos primeiros trimestres do ano de 2012, produção superior em cirurgias ambulatoriais (pequenas cirurgias dermatológicas) e cirurgias em regime de hospital dia. No entanto, o hospital apresentou produção inferior devido ao absenteísmo, especialmente no mês de dezembro, o que justifica a redução de 19,48% apresentada no último trimestre de 2014.

Os atendimentos relacionados a Urgência foram os que sofreram os maiores impactos a partir do segundo trimestre de 2012. Em 2012 a produção inferior em relação aos atendimentos de urgência deve-se a melhoria dos serviços de saúde do município com a implantação de Hospital Infantil e Hospital Geral na região, que absorveu a demanda espontânea de pediatria e obstetrícia do Hospital Geral de Guarulhos. Para 2013, a produção inferior deve-se a uma a menor demanda regional, seguida pela reforma do pronto socorro que iniciou em outubro do mesmo ano, e impactou os atendimentos.

Conforme apresentado nas Tabelas 33 e 34 para os anos de 2012 e 2013, todos os trimestres tiveram produção realizada inferior a contratada, em especial os terceiros e quartos trimestres de 2012 e 2013 que alçaram o percentual de -25,97% de variação. De acordo com as determinações do contrato de gestão, deveria ser aplicado o desconto correspondente ao não cumprimento da meta do contrato para o Hospital Geral de Guarulhos. No entanto, o hospital apresentou justificativas junto ao DRS, CGCSS e GGA (Grupo de Gerenciamento Administrativo da Secretaria da Saúde), que acolheram as justificativas apresentadas pelo hospital e o mesmo não sofreu o desconto correspondente ao não cumprimento da meta do contrato referente as consultas de urgência.

Nas consultas ambulatoriais produção superior refere-se aos retornos pela necessidade de acompanhamento dos pacientes operados no hospital. Os exames de SADT apresentaram produção superior devido a necessidade de exames de diagnóstico em laboratório clínico, tomografia e ultrassonografia.

Tabela 33
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGGuarulhos – 2012

Hospital Geral de Guarulhos		**Internação**	**HD + CA**	**Urgência**	**Ambulatório**	**SADT**	**Tratamento Clínico**
1º Trimestre	C	3.717	154	27.450	8.497	8.484	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.808	209	25.715	9.271	9.075	
	%	2,45%	35,71%	-6,32%	9,11%	6,97%	
2º Trimestre	C	3.722	152	27.450	8.481	8.546	
	R	3.790	179	23.556	9.314	8.352	
	%	1,83%	17,76%	-14,19%	9,82%	-2,27%	
3º Trimestre	C	3.763	154	27.450	8.580	8.635	
	R	3.691	165	21.923	9.725	8.801	
	%	-1,91%	7,14%	-20,13%	13,34%	1,92%	
4º Trimestre	C	3.763	154	27.450	8.572	8.638	
	R	3.645	124	22.123	9.024	7.413	
	%	-3,14%	-19,48%	-19,41%	5,27%	-14,18%	
TOTAL	**C**	**14.965**	**614**	**109.800**	**34.130**	**34.303**	
	R	**14.934**	**677**	**93.317**	**37.334**	**33.641**	
	%	**-0,21%**	**10,26%**	**-15,01%**	**9,39%**	**-1,93%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 34
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGGuarulhos – 2013

Hospital Geral de Guarulhos		**Internação**	**HD + CA**	**Urgência**	**Ambulatório**	**SADT**	**Tratamento Clínico**
1º Trimestre	C	3.913	156	23.745	8.550	8.171	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.792	147	22.434	8.617	8.929	
	%	-3,09%	-5,77%	-5,52%	0,78%	9,28%	
2º Trimestre	C	3.934	156	23.745	8.550	7.589	
	R	3.997	160	23.075	9.627	7.364	
	%	1,60%	2,56%	-2,82%	12,60%	-2,96%	

(continuação)

Hospital Geral de Guarulhos		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
3º Trimestre	C	3.974	156	23.745	8.550	7.624	
	R	3.890	151	18.991	9.652	7.917	
	%	-2,11%	-3,21%	-20,02%	12,89%	3,84%	
4º Trimestre	C	3.974	156	23.745	8.550	7.624	
	R	3.705	166	17.579	8.742	7.053	
	%	-6,77%	6,41%	-25,97%	2,25%	-7,49%	
TOTAL	**C**	15.795	624	94.980	34.200	31.008	
	R	15.384	624	82.079	36.638	31.263	
	%						

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.7. Hospital Geral de Itaquaquecetuba

O Hospital Geral de Itaquaquecetuba apresenta quantidade produzida referente a atendimentos de Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial para os anos de 2012 e 2013, que não constam no contrato de gestão, mas foram reconhecidas no relatório de execução quadrimestral divulgado pela SES no DOESP. Diante do exposto as quantidades apresentadas para esta categoria não coincidem com as quantidades reportadas no relatório trimestral SES, evidenciado nas Tabelas 36 e 37, não sendo assim passível de análise para a determinação da parte variável.

Tabela 35
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Itaquaquecetuba

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%
Internação	11.470	11.344	-1,10%	12.006	13.852	15,38%
HD + CA	-	261	100,00%	0	185	100,00%
Urgência	110.000	130.466	18,61%	110.000	174.084	58,26%
Ambulatório	16.100	18.630	15,71%	33.873	35.337	4,32%
SADT	17.040	18.684	9,65%	17.040	18.598	9,14%
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	154.610	179.385	16,02%	172.919	242.056	39,98%

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Os anos de 2012 e 2013 apresentam produção realizada superior a contratada em praticamente todas as linhas assistenciais do contrato, especialmente no atendimento de urgências e consultas ambulatoriais para o serviço de ortopedia, obstetrícia e pronto atendimento, e nos exames de SADT externo (radiologia, raio x e tomografia), devido a uma constante pressão da demanda regional, pois hospitais da região apresentaram dificuldades de funcionamento e atendimento.

Tabela 36
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGItaqua- 2012

Hospital Geral de Itaquaquecetuba		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	2.785	-	27.500	2.400	4.260	Informação não divulgada neste relatório.
	R	2.752	48	31.341	4.698	5.216	
	%	-1,18%	-100,00%	13,97%	95,75%	22,44%	
2º Trimestre	C	2.751	-	27.300	2.400	4.260	
	R	2.774	-	31.956	2.877	4.739	
	%	0,84%	-	17,05%	19,88%	11,24%	
3º Trimestre	C	2.977	-	27.600	5.000	4.260	
	R	2.692	-	31.919	3.354	4.774	
	%	-9,57%	-	15,65%	-32,92%	12,07%	
4º Trimestre	C	2.957	-	27.600	6.300	4.260	
	R	3.126	-	35.250	7.701	3.955	
	%	5,72%	-	27,72%	22,24%	-7,16%	
TOTAL	**C**	**11.470**	**-**	**110.000**	**16.100**	**17.040**	
	R	**11.344**	**48**	**130.466**	**18.630**	**18.684**	
	%	**-1,10%**	**100,00%**	**18,61%**	**15,71%**	**9,65%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 37
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGItaqua- 2013

Hospital Geral de Itaquaquecetuba		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.003	-	27.400	8.129	4.260	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.131	-	48.896	9.418	4.280	
	%	4,26%	-	78,45%	15,86%	0,47%	
2º Trimestre	C	3.003	-	27.600	8.672	4.260	
	R	3.685	-	45.383	10.228	6.196	
	%	22,71%	-	64,43%	17,94%	45,45%	
3º Trimestre	C	3.003	-	27.600	8.807	4.260	
	R	3.580	-	40.805	8.169	4.190	
	%	19,21%	-	47,84%	-7,24%	-1,64%	
4º Trimestre	C	3.003	-	27.400	8.265	4.260	
	R	3.456	-	39.000	7.522	3.908	
	%	15,08%	-	42,34%	-8,99%	-8,26%	
TOTAL	**C**	**12.012**	**-**	**110.000**	**33.873**	**17.040**	
	R	**13.852**	**-**	**174.084**	**35.337**	**18.574**	
	%	**15,32%**	**-**	**58,26%**	**4,32%**	**9,00%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.8. Hospital Geral de Itaim Paulista

Para os anos de 2012 e 2013 o Hospital Geral de Itaim Paulista apresenta produção equilibrada referente as linhas assistenciais de Internação e Exames SADT, entretanto o volume realizado relativo aos atendimentos de urgência e ambulatoriais apresentam significativa variação em relação ao contratado.

Tabela 38
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Itaim Paulista

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	13.470	13.809	2,52%	13.480	14.209	5,41%
HD + CA	-	-	-	-	-	-
Urgência	220.095	193.045	-12,29%	184.800	167.989	-9,10%
Ambulatório	10.080	18.989	88,38%	17.920	20.280	13,17%
SADT	46.120	45.549	-1,24%	46.185	46.839	1,42%
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**289.765**	**271.392**	**-6,34%**	**262.385**	**249.317**	**-4,98%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Os atendimentos de urgência sofreram redução da procura espontânea por consultas de pronto atendimento devido a melhoria dos serviços de saúde da região com implantação de AMAs que absorveram parte da demanda de pronto atendimento.

A produção superior em consultas ambulatoriais ocorreu devido à realização de mutirão interno de pacientes para cirurgias eletivas, por necessidade regional de consultas em especialidades, fato este reconhecido pela DRS e que requer a ampliação do ambulatório para atender as necessidades regionais.

Tabela 39
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGItaim- 2012

Hospital Geral de Itaim Paulista		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.342	-	54.723	2.520	11.802	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.593	-	49.673	7.523	12.237	
	%	7,51%	-	-9,23%	198,53%	3,69%	
2º Trimestre	C	3.351	-	54.724	2.520	11.441	
	R	3.525	-	47.082	5.497	12.123	
	%	5,19%	-	-13,96%	118,13%	5,96%	
3º Trimestre	C	3.392	-	55.325	2.520	11.982	
	R	3.315	-	47.119	3.388	11.340	
	%	-2,27%	-	-14,83%	34,44%	-5,36%	
4º Trimestre	C	3.385	-	55.323	2.520	10.895	
	R	3.376	-	49.171	2.581	9.849	
	%	-0,27%	-	-11,12%	2,42%	-9,60%	
TOTAL	**C**	**13.470**	**-**	**220.095**	**10.080**	**46.120**	
	R	**13.809**	**-**	**193.045**	**18.989**	**45.549**	
	%	**2,52%**	**-**	**-12,29%**	**88,38%**	**-1,24%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 40
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGItaim- 2013

Hospital Geral de Itaim Paulista		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.325	-	45.566	4.192	10.801	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.399	-	44.789	4.405	11.201	
	%	2,23%	-	-1,71%	5,08%	3,70%	
2º Trimestre	C	5.539	-	75.946	4.549	11.733	
	R	5.888	-	70.616	5.342	12.376	
	%	6,30%	-	-7,02%	17,43%	5,48%	
3º Trimestre	C	3.399	-	46.580	4.693	12.104	
	R	3.719	-	39.652	5.329	12.743	
	%	9,41%	-	-14,87%	13,55%	5,28%	
4º Trimestre	C	3.396	-	46.579	4.486	11.547	
	R	3.415	-	41.512	5.204	10.519	
	%	0,56%	-	-10,88%	16,01%	-8,90%	
TOTAL	**C**	**15.659**	**-**	**214.671**	**17.920**	**46.185**	
	R	**16.421**	**-**	**196.569**	**20.280**	**46.839**	
	%	**4,87%**	**-**	**-8,43%**	**13,17%**	**1,42%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.9. Hospital Estadual de Sapopemba

O Hospital Estadual de Sapopemba demonstra para os anos de 2012 e 2013 produção superior a contratada, porém equilibrada em relação às linhas assistenciais de Internação, Hospital Dia, Cirurgia ambulatorial e exames SADT. O acompanhamento trimestral realizado pela SES não contempla a produção contratada e realizada referente ao tratamento clínico em ultrassonografia, tomografia computadorizada e radiologia estipulado no contrato de gestão. Deste modo, para fins de análise trimestral para a determinação da parte variável, este dado não foi considerado.

Tabela 41
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Sapopemba

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	12.048	12.812	6,3%	12.048	12.315	2,22%
HD + CA	900	915	1,7%	900	940	4,44%
Urgência	36.396	48.927	34,4%	36.396	55.365	52,12%
Ambulatório	15.120	21.690	43,5%	15.120	19.217	27,10%
SADT	4.560	4.710	3,3%	4.560	14.080	208,77%
Trat. Clínico	16.440	70.461	328,6%	-	-	-
TOTAL	**85.464**	**159.515**	**86,65%**	**69.024**	**101.917**	**47,65%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

No entanto os atendimentos de urgência e ambulatoriais apresentaram produção superior a contratada em todos os trimestres do período em análise devido a demanda da

região. O hospital teve grande volume de demanda espontânea nas consultas de urgência especialmente para o serviço de obstetrícia, atendimentos de trauma e ortopedia.

Nas consultas ambulatoriais a produção ficou superior devido ao volume de interconsultas, consultas subsequentes de egressos da ortopedia e do ambulatório de prematuros, e por manter pacientes com patologias crônicas que necessitam de consultas de retorno.

Tabela 42
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HESAP- 2012

Hospital Estadual de Sapopemba		**Internação**	**HD + CA**	**Urgência**	**Ambulatório**	**SADT**	**Tratamento Clínico**
1º Trimestre	C	3.012	225	9.099	3.780	1.140	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.345	242	13.887	6.435	1.265	
	%	11,06%	7,56%	52,62%	70,24%	10,96%	
2º Trimestre	C	3.012	225	9.099	3.780	1.140	
	R	3.124	202	11.296	5.677	1.104	
	%	3,72%	-10,22%	24,15%	50,19%	-3,16%	
3º Trimestre	C	3.012	225	9.099	3.780	1.140	
	R	3.278	219	11.571	5.138	1.197	
	%	8,83%	-2,67%	27,17%	35,93%	5,00%	
4º Trimestre	C	3.012	225	9.099	3.780	1.140	
	R	3.065	252	12.223	4.440	1.144	
	%	1,76%	12,00%	34,33%	17,46%	0,35%	
TOTAL	**C**	**12.048**	**900**	**36.396**	**15.120**	**4.560**	
	R	**12.812**	**915**	**48.977**	**21.690**	**4.710**	
	%	**6,34%**	**1,67%**	**34,57%**	**43,45%**	**3,29%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 43
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HESAP- 2013

Hospital Estadual de Sapopemba		**Internação**	**HD + CA**	**Urgência**	**Ambulatório**	**SADT**	**Tratamento Clínico**
1º Trimestre	C	3.012	225	9.099	3.780	1.140	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.099	270	12.589	4.670	1.060	
	%	2,89%	20,00%	38,36%	23,54%	-7,02%	
2º Trimestre	C	3.012	225	9.099	3.780	1.140	
	R	3.288	203	14.013	5.252	1.156	
	%	9,16%	-9,78%	54,01%	38,94%	1,40%	
3º Trimestre	C	3.012	225	9.099	3.780	1.140	
	R	3.080	217	14.400	5.007	1.190	
	%	2,26%	-3,56%	58,26%	32,46%	4,39%	
4º Trimestre	C	3.012	225	9.099	3.780	1.140	
	R	2.848	250	14.363	4.288	1.062	
	%	-5,44%	11,11%	57,85%	13,44%	-6,84%	
TOTAL	**C**	**12.048**	**900**	**36.396**	**15.120**	**4.560**	
	R	**12.315**	**940**	**55.365**	**19.217**	**4.468**	
	%	**2,22%**	**4,44%**	**52,12%**	**27,10%**	**-2,02%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.10. Hospital Estadual de Vila Alpina

O Hospital Estadual de Vila Alpina apresentou durante o período de análise produção inferior a contratada em praticamente todos os trimestres, para as linhas de internação, hospital dia, cirurgia ambulatorial e atendimentos de urgência, devido à redução na demanda espontânea na região e absenteísmo.

Tabela 44
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Vila Alpina

	2012			**2013**		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	13.768	13.760	-0,1%	14.748	14.714	-0,23%
HD + CA	2.230	2.191	-1,7%	3.000	2.866	-4,47%
Urgência	175.392	169.169	-3,5%	175.392	167.791	-4,33%
Ambulatório	20.356	23.565	15,8%	23.688	24.916	5,18%
SADT	7.440	8.436	13,14%	-	-	-
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**219.186**	**217.121**	**-0,94%**	**216.828**	**210.287**	**-3,02%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

A produção referente aos atendimentos ambulatoriais se manteve superior por pressão da demanda por consultas de especialidades, necessidade interna de encaminhamentos dos pacientes para outras especialidades médicas e interconsultas durante o tratamento ambulatorial.

Vale ressaltar que, conforme apresentado na Tabela 17 o hospital não sofre penalidade por apresentar índices inferiores ao contratado que estão dentro da margem aceitável, estipulada no contrato de gestão para cada tipo de atividade assistencial.

Tabela 45
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEVA- 2012

Hospital Estadual de Vila Alpina		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.267	420	43.848	4.494	Informação não divulgada neste relatório.	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.390	412	43.231	5.764		
	%	3,76%	-1,90%	-1,41%	28,26%		
2º Trimestre	C	3.267	420	43.848	4.494		
	R	3.488	432	43.253	5.694		
	%	6,76%	2,86%	-1,36%	26,70%		
3º Trimestre	C	3.547	640	43.848	5.446		
	R	3.394	620	42.028	5.893		
	%	-4,31%	-3,13%	-4,15%	8,21%		
4º Trimestre	C	3.687	750	43.818	5.922		
	R	3.488	727	40.657	6.214		
	%	-5,40%	-3,07%	-7,21%	4,93%		
TOTAL	**C**	**13.768**	**2.230**	**175.362**	**20.356**		
	R	**13.760**	**2.191**	**169.169**	**23.565**		
	%	**-0,06%**	**-1,75%**	**-3,53%**	**15,76%**		

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 46
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEVA- 2013

Hospital Estadual de Vila Alpina		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.687	750	43.848	5.922	Informação não divulgada neste relatório.	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.462	688	39.891	5.803		
	%	-6,10%	-8,27%	-9,02%	-2,01%		
2º Trimestre	C	3.687	750	43.848	5.922		
	R	3.859	754	45.731	6.288		
	%	4,67%	0,00%	4,29%	6,18%		
3º Trimestre	C	3.687	750	43.848	5.922		
	R	3.817	702	41.553	6.452		
	%	3,53%	-6,40%	-5,23%	8,95%		
4º Trimestre	C	3.687	750	43.848	5.922		
	R	3.576	722	40.616	6.373		
	%	-3,01%	-3,73%	-7,37%	7,62%		
TOTAL	**C**	**14.748**	**3.000**	**175.392**	**23.688**		
	R	**14.714**	**2.866**	**167.791**	**24.916**		
	%	**-0,23%**	**-4,47%**	**-4,33%**	**5,18%**		

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.11. Hospital Geral de Itapecerica da Serra

A execução do contrato de gestão para o Hospital de Itapecerica da Serra se manteve em equilíbrio com as metas contratadas para o ano de 2012 e 2013 em todas as categorias: internação, hospital dia e cirurgia ambulatorial, consultas ambulatoriais e exames de SADT - com exceção para os atendimentos de urgência que superaram a meta contratual em todos os trimestres no período de análise. A justificativa para este excesso de atendimentos, além da recorrente pressão da demanda regional nas especialidades de obstetrícia e ortopedia,

deve-se ao fato de que os serviços de saúde dos municípios de sua área de abrangência apresentaram dificuldades, sobrecarregando assim outros hospitais.

Tabela 47
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Itapecerica da Serra

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	11.560	12.241	5,9%	11.560	11.437	-1,06%
HD + CA	3.053	3.063	0,3%	3.053	3.029	-0,79%
Urgência	87.248	111.840	28,2%	87.248	123.183	41,19%
Ambulatório	119.079	116.381	-2,3%	119.079	106.649	-10,44%
SADT	5.676	5.335	-6,0%	5.676	5.194	-8,49%
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**226.616**	**248.860**	**9,82%**	**226.616**	**249.492**	**10,09%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

No primeiro trimestre de 2013, o hospital apresentou variação negativa referente aos atendimentos ambulatoriais e exames de SADT externo. A produção inferior foi justificada por absenteísmo dos pacientes e perda primária das cotas disponibilizadas, no entanto a DRS ofereceu treinamentos para que as cotas oferecidas pelo hospital fossem melhor aproveitadas. A justificativa foi acolhida junto ao DRS, CGCSS e GGA (Grupo de Gerenciamento Administrativo da Secretaria da Saúde), e o mesmo não sofreu o desconto correspondente ao não cumprimento da meta do contrato referente aos atendimentos ambulatoriais e exames de SADT externo.

Tabela 48
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGIS- 2012

Hospital Geral de Itapecerica da		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	2.889	761	21.514	29.760	1.397	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.154	746	26.460	31.066	1.486	
	%	9,17%	-1,97%	22,99%	4,39%	6,37%	
2º Trimestre	C	2.889	761	21.752	29.577	1.415	
	R	3.024	760	28.003	30.533	1.293	
	%	4,67%	-0,13%	28,74%	3,23%	-8,62%	
3º Trimestre	C	2.893	770	21.991	30.948	1.432	
	R	3.134	751	28.050	28.834	1.358	
	%	8,33%	-2,47%	27,55%	-6,83%	-5,17%	
4º Trimestre	C	2.889	761	21.991	28.794	1.432	
	R	2.929	806	29.327	25.948	1.198	
	%	1,38%	5,91%	33,36%	-9,88%	-16,34%	
TOTAL	**C**	**11.560**	**3.053**	**87.248**	**119.079**	**5.676**	
	R	**12.241**	**3.063**	**111.840**	**116.381**	**5.335**	
	%	**5,89%**	**0,33%**	**28,19%**	**-2,27%**	**-6,01%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 49
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGIS- 2013

Hospital Geral de Itapecerica da		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	2.889	761	21.514	29.760	1.397	Informação não divulgada neste relatório.
	R	2.775	751	28.959	24.328	1.001	
	%	-3,95%	-1,31%	34,61%	-18,25%	-28,35%	
2º Trimestre	C	2.889	761	21.752	29.577	1.415	
	R	2.989	736	33.019	27.945	1.390	
	%	3,46%	-3,29%	51,80%	-5,52%	-1,77%	
3º Trimestre	C	2.893	770	21.991	30.948	1.432	
	R	2.894	816	30.591	28.597	1.470	
	%	0,03%	5,97%	39,11%	-7,60%	2,65%	
4º Trimestre	C	2.889	761	21.991	28.794	1.432	
	R	2.779	726	30.614	25.779	1.333	
	%	-3,81%	-4,60%	39,21%	-10,47%	-6,91%	
TOTAL	**C**	**11.560**	**3.053**	**87.248**	**119.079**	**5.676**	
	R	**11.437**	**3.029**	**123.183**	**106.649**	**5.194**	
	%	**-1,06%**	**-0,79%**	**41,19%**	**-10,44%**	**-8,49%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.12. Hospital Regional de Cotia

O Hospital Regional de Cotia apresenta produção equilibrada entre as linhas contratadas para os anos de 2012 e 2013. As variações negativas identificadas em alguns trimestres referente a internações, hospital dia, cirurgia ambulatorial e exames de SADT, ocorreram por absenteísmo e redução da demanda de atendimentos do Pronto Socorro que recebe demanda espontânea e referenciada. As consultas ambulatoriais apresentam produção superior em procedimentos terapêuticos (sessões) por demanda interna do ambulatório, e necessidade de consultas de especialidades e exames de ultrassonografia e endoscopia. Os atendimentos de urgência tiveram produção superior decorrente da demanda regional.

Tabela 50
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Regional de Cotia

	2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	11.400	11.215	-1,62%
HD + CA	2.208	2.100	-4,89%
Urgência	129.024	129.100	0,06%
Ambulatório	25.788	26.923	4,40%
SADT	4.152	4.034	-2,84%
Trat. Clínico	-	-	-
TOTAL	**172.572**	**173.372**	**0,46%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Tabela 51
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HRC- 2013

Hospital Regional de Cotia		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	2.850	552	32.256	6.447	1.038	Informação não divulgada neste relatório.
	R	2.770	490	32.853	6.834	938	
	%	-2,81%	-11,23%	1,85%	6,00%	-9,63%	
2º Trimestre	C	2.850	552	32.256	6.447	1.038	
	R	2.875	506	34.891	6.635	979	
	%	0,88%	-8,33%	8,17%	2,92%	-5,68%	
3º Trimestre	C	2.850	552	32.256	6.447	1.038	
	R	2.767	574	30.205	6.799	1.121	
	%	-2,91%	3,99%	-6,36%	5,46%	8,00%	
4º Trimestre	C	2.850	552	32.256	6.447	1.038	
	R	2.803	530	31.151	6.655	996	
	%	-1,65%	-3,99%	-3,43%	3,23%	-4,05%	
TOTAL	**C**	**11.400**	**2.208**	**129.024**	**25.788**	**4.152**	
	R	**11.215**	**2.100**	**129.100**	**26.923**	**4.034**	
	%	**-1,62%**	**-4,89%**	**0,06%**	**4,40%**	**-2,84%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.13. Hospital Geral de Grajaú

O Hospital Geral do Grajaú apresenta produção equilibrada para as três linhas contratadas durante o período de análise. As alterações mais significativas em relação às internações ocorreram por pressão de demanda regional, especialmente em clínica médica e clínica cirúrgica. Nas consultas de urgência o hospital apresentou produção superior devido à pressão da demanda para todas as especialidades contratadas.

Tabela 52
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Geral de Grajaú

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%
Internação	14.496	16.736	15,5%	14.910	15.972	7,12%
HD + CA	-	-	-	-	-	-
Urgência	288.000	316.042	9,7%	291.000	291.552	0,19%
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
SADT	1.200	1.230	2,5%	1.200	1.188	-1,00%
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**303.696**	**334.008**	**9,98%**	**307.110**	**308.712**	**0,52%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Nos trimestres que a produção referente aos exames de SADT externo apresentaram-se ligeiramente inferior a contratada, foi decorrente de absenteísmo em exames de endoscopia, no entanto, a variação superior ocorrida especialmente no segundo e quarto

trimestre de 2012, ocorreram também devido à necessidade regional para exames de endoscopia.

Tabela 53
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGG- 2012

Hospital Geral de Grajaú		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.624	-	72.000	-	300	Informação não divulgada neste relatório.
	R	4.441	-	81.349	-	282	
	%	22,54%	-	12,98%	-	-6,00%	
2º Trimestre	C	3.624	-	72.000	-	300	
	R	4.320	-	81.454	-	323	
	%	19,21%	-	13,13%	-	7,67%	
3º Trimestre	C	3.624	-	72.000	-	300	
	R	4.071	-	77.779	-	288	
	%	12,33%	-	8,03%	-	-4,00%	
4º Trimestre	C	3.624	-	72.000	-	300	
	R	3.904	-	75.460	-	337	
	%	7,73%	-	4,81%	-	12,33%	
TOTAL	**C**	**14.496**	**-**	**288.000**	**-**	**1.200**	
	R	**16.736**	**-**	**316.042**	**-**	**1.230**	
	%	**15%**	**-**	**10%**	**-**	**2%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 54
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HGG- 2013

Hospital Geral de Grajaú		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	3.624	-	72.000	-	300	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.791	-	73.551	-	305	
	%	4,61%	-	2,15%	-	1,67%	
2º Trimestre	C	3.624	-	72.000	-	300	
	R	4.257	-	80.589	-	305	
	%	17,47%	-	11,93%	-	1,67%	
3º Trimestre	C	3.624	-	72.000	-	300	
	R	4.013	-	69.284	-	304	
	%	10,73%	-	-3,77%	-	1,33%	
4º Trimestre	C	4.038	-	75.000	-	300	
	R	3.911	-	68.128	-	274	
	%	-3,15%	-	-9,16%	-	-8,67%	
TOTAL	**C**	**14.910**	**-**	**291.000**	**-**	**1.200**	
	R	**15.972**	**-**	**291.552**	**-**	**1.188**	
	%	**7,12%**	**-**	**0,19%**	**-**	**-1,00%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.14. Hospital Regional de Presidente Prudente

O Hospital Regional de Presidente Prudente é o maior hospital estudado neste trabalho, com mais de 400 leitos em operação, e por ser um hospital de ensino, oferece mais de 30 especialidades contratadas para atendimento ambulatorial. Apresenta produção

superior a contratada em todas as linhas de produção durante o período de análise, com destaque especial para os atendimentos de urgência e ambulatoriais.

Tabela 55
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Regional de Presidente Prudente

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	19.200	20.442	6,5%	20.040	20.754	3,56%
HD + CA	5.640	5.501	-2,5%	6.440	6.192	-3,85%
Urgência	180.000	199.748	11,0%	180.000	220.641	22,58%
Ambulatório	49.920	100.206	100,7%	91.540	107.042	16,93%
SADT	426.600	447.921	5,0%	426.600	367.849	-13,77%
Trat. Clínico	15.600	17.970	15,2%	16.100	19.357	20,23%
TOTAL	**696.960**	**791.788**	**13,61%**	**740.720**	**741.835**	**0,15%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

As internações apresentaram produção superior em saídas hospitalares especialmente em obstetrícia e pediatria. A produção inferior referente ao Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial ocorreu devido ao absenteísmo. Nos atendimentos de urgência e emergência do hospital, a justificativa pelo excesso de produção fica a cargo do volume crescente de atendimentos recebidos provenientes da demanda referenciada e espontânea dos municípios da região, especialmente do Município de Presidente Prudente e região.

O excesso de produção relacionado aos atendimentos ambulatoriais ocorreu, pois o hospital mantêm muitos pacientes crônicos em acompanhamento e reflete o volume de pacientes com patologias crônicas cujo atendimento é realizado no próprio ambulatório gerando maior volume de consultas de retorno.

Nos exames de SADT externo, a produção superior foi decorrente do volume de exames de endoscopia e patologia clínica encaminhado pelos municípios de sua área de abrangência. Exceção aplicada ao quarto trimestre de 2013 que apresentou variação negativa de 70,18% em relação à quantidade contratada. Tal produção inferior em exames laboratoriais foi justificada pela implantação de laboratório no município de Presidente Prudente. A justificativa apresentada pelo hospital foi validada pela DRS, que considera a implantação do laboratório um avanço para a região e para o município liberando o Hospital Regional de Presidente Prudente para realizar exames de maior complexidade. Diante do exposto, o mesmo não sofreu o desconto correspondente ao não cumprimento da meta do contrato no terceiro trimestre de 2013.

Tabela 56
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HRPP- 2012

Hospital Regional de Presidente		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	4.800	1.410	45.000	12.480	106.650	Informação não divulgada neste relatório.
	R	5.055	1.468	45.810	23.683	110.558	
	%	5,31%	4,11%	1,80%	89,77%	3,66%	
2º Trimestre	C	4.800	1.410	45.000	12.480	106.650	
	R	5.179	1.405	48.351	25.654	105.013	
	%	7,90%	-0,35%	7,45%	105,56%	-1,53%	
3º Trimestre	C	4.800	1.410	45.000	12.480	106.650	
	R	5.195	1.220	52.453	24.312	124.722	
	%	8,23%	-13,48%	16,56%	94,81%	16,95%	
4º Trimestre	C	4.800	1.410	45.000	12.480	106.650	
	R	5.013	1.408	53.134	26.557	107.628	
	%	4,44%	-0,14%	18,08%	112,80%	0,92%	
TOTAL	**C**	**19.200**	**5.640**	**180.000**	**49.920**	**426.600**	
	R	**20.442**	**5.501**	**199.748**	**100.206**	**447.921**	
	%	**6,47%**	**-2,46%**	**10,97%**	**100,73%**	**5,00%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 57
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HRPP- 2013

Hospital Regional de Presidente		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	4.800	1.410	45.000	22.800	106.650	Informação não divulgada neste relatório.
	R	4.765	1.416	53.774	25.403	109.702	
	%	-0,73%	0,43%	19,50%	11,42%	2,86%	
2º Trimestre	C	5.000	1.610	45.000	22.800	106.650	
	R	5.499	1.651	61.886	28.315	102.180	
	%	9,98%	2,55%	37,52%	24,19%	-4,19%	
3º Trimestre	C	5.100	1.710	45.000	22.800	106.650	
	R	5.280	1.627	54.435	26.186	124.164	
	%	3,53%	-4,85%	20,97%	14,85%	16,42%	
4º Trimestre	C	5.140	1.710	45.000	23.140	106.650	
	R	5.210	1.498	53.546	27.138	31.802	
	%	1,36%	-12,40%	18,99%	17,28%	-70,18%	
TOTAL	**C**	**20.040**	**6.440**	**180.000**	**91.540**	**426.600**	
	R	**20.754**	**6.192**	**223.641**	**107.042**	**367.848**	
	%	**3,56%**	**-3,85%**	**24,25%**	**16,93%**	**-13,77%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.15. Hospital Estadual João Paulo II

Localizado em São José do Rio Preto, o Hospital Estadual João Paulo II é o menor hospital da amostra, com apenas 55 leitos operacionais e possui três linhas assistenciais contratadas e ao longo do período analisado. A modalidade de hospital dia e cirurgias ambulatoriais foram as linhas que apresentaram as maiores variações devido à pressão da demanda regional e necessidade de realização de cirurgias ambulatoriais encaminhadas pelos AME de referência da região. O último trimestre de cada ano foi marcado por índices de

absenteísmo ocorrido no mês de dezembro para todas as modalidades, e pela redução de atendimentos de urgência encaminhados pela rede.

Tabela 58
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual João Paulo II

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	6.000	6.234	3,9%	5.880	5.941	1,04%
HD + CA	6.480	6.887	6,3%	6.480	7.192	10,99%
Urgência	2.400	2.385	-0,6%	2.400	2.269	-5,46%
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
SADT	-	-	-	-	-	-
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**14.880**	**15.506**	**4,21%**	**14.760**	**15.402**	**4,35%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Tabela 59
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEJP II- 2012

Hospital Estadual João Paulo II		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	1.500	1.620	600	-	-	Informação não divulgada neste relatório.
	R	1.495	1.892	613	-	-	
	%	-0,33%	16,79%	2,17%	-	-	
2º Trimestre	C	1.500	1.620	600	-	-	
	R	1.638	1.755	610	-	-	
	%	9,20%	8,33%	1,67%	-	-	
3º Trimestre	C	1.500	1.620	600	-	-	
	R	1.636	1.703	625	-	-	
	%	9,07%	5,12%	4,17%	-	-	
4º Trimestre	C	1.500	1.620	600	-	-	
	R	1.465	1.537	537	-	-	
	%	-2,33%	-5,12%	-10,50%	-	-	
TOTAL	**C**	**6.000**	**6.480**	**2.400**	**-**	**-**	
	R	**6.234**	**6.887**	**2.385**	**-**	**-**	
	%	**3,90%**	**6,28%**	**-0,62%**	**-**	**-**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 60
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEJP II- 2013

Hospital Estadual João Paulo II		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	1.470	1.620	600	-	-	Informação não divulgada neste relatório.
	R	1.570	1.644	581	-	-	
	%	6,80%	1,48%	-3,17%	-	-	
2º Trimestre	C	1.470	1.620	600	-	-	
	R	1.425	2.085	594	-	-	
	%	-3,06%	28,70%	-1,00%	-	-	
3º Trimestre	C	1.470	1.620	600	-	-	
	R	1.484	1.814	542	-	-	
	%	0,95%	11,98%	-9,67%	-	-	

(continuação)

Hospital Estadual João Paulo II		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
4º Trimestre	C	1.470	1.620	600	-	-	
	R	1.462	1.649	552	-	-	
	%	-0,54%	1,79%	-8,00%	-	-	
TOTAL	**C**	**5.880**	**6.480**	**2.400**	**-**	**-**	
	R	**5.941**	**7.192**	**2.269**	**-**	**-**	
	%	**1,04%**	**10,99%**	**-5,46%**	**-**	**-**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.16. Hospital Regional de Porto Primavera

O Hospital de Porto Primavera apresenta produção equilibrada no período de análise, com destaque para a variação superior em internações na especialidade de clínica médica, em consultas ambulatoriais por necessidade regional demanda superior em interconsultas, que são os encaminhamentos do pronto socorro ao ambulatório, e nos exames de SADT externo, especialmente exames de ultrassom e radiologia.

Tabela 61
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Regional de Porto Primavera

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	2.688	2.782	3,5%	2.688	2.749	2,27%
HD + CA	600	615	2,5%	600	656	9,33%
Urgência	42.000	41.274	-1,7%	42.000	39.985	-4,80%
Ambulatório	40.656	42.051	3,4%	40.656	45.583	12,12%
SADT	8.748	8.391	-4,1%	8.748	9.783	11,83%
Trat. Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**94.692**	**95.113**	**0,44%**	**94.692**	**98.756**	**4,29%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

No último trimestre de 2012 e primeiro trimestre de 2013, as cirurgias ambulatoriais e consultas de urgência apresentaram produção inferior por redução da demanda, nas consultas ambulatoriais e exames de SADT externo a produção inferior foi decorrente de absenteísmo justificado por dificuldades dos municípios de sua área de abrangência em conseguir transporte para seus pacientes.

Tabela 62
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEPORTO 2012

Hospital Regional de Porto		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	672	150	10.500	10.164	2.187	Informação não divulgada neste relatório.
	R	675	157	9.955	11.258	1.934	
	%	0,45%	4,67%	-5,19%	10,76%	-11,57%	
2º Trimestre	C	672	150	10.500	10.164	2.187	
	R	697	159	10.577	11.121	2.290	
	%	3,72%	6,00%	0,73%	9,42%	4,71%	
3º Trimestre	C	672	150	10.500	10.164	2.187	
	R	705	160	10.489	10.335	2.278	
	%	4,91%	6,67%	-0,10%	1,68%	4,16%	
4º Trimestre	C	672	150	10.500	10.164	2.187	
	R	705	139	10.253	9.337	1.889	
	%	4,91%	-7,33%	-2,35%	-8,14%	-13,63%	
TOTAL	**C**	**2.688**	**600**	**42.000**	**40.656**	**8.748**	
	R	**2.782**	**615**	**41.274**	**42.051**	**8.391**	
	%	**3,50%**	**2,50%**	**-1,73%**	**3,43%**	**-4,08%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 63
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEPORTO 2012

Hospital Regional de Porto		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	672	150	10.500	10.164	2.187	Informação não divulgada neste relatório.
	R	707	138	10.133	10.319	1.843	
	%	5,21%	-8,00%	-3,50%	1,52%	-15,73%	
2º Trimestre	C	672	150	10.500	10.164	2.187	
	R	699	175	10.517	12.528	2.748	
	%	4,02%	16,67%	0,16%	23,26%	25,65%	
3º Trimestre	C	672	150	10.500	10.164	2.187	
	R	709	200	9.698	11.927	2.793	
	%	5,51%	33,33%	-7,64%	17,35%	27,71%	
4º Trimestre	C	672	150	10.500	10.164	2.187	
	R	634	143	9.637	10.809	2.399	
	%	-5,65%	-4,67%	-8,22%	6,35%	9,69%	
TOTAL	**C**	**2.688**	**600**	**42.000**	**40.656**	**8.748**	
	R	**2.749**	**656**	**39.985**	**45.583**	**9.783**	
	%	**2,27%**	**9,33%**	**-4,80%**	**12,12%**	**11,83%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.17. Hospital Estadual de Santo André

O Hospital Estadual de Santo André apresenta produção superior a contratada na maioria das linhas de produção durante o período de análise, com destaque especial para os atendimentos de urgência e ambulatoriais ocorridos por pressão da demanda regional.

Tabela 64
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Santo André

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	11.202	11.846	5,7%	11.455	11.909	3,96%
HD + CA	5.530	6.676	20,7%	5.728	7.077	23,55%
Urgência	15.600	17.935	15,0%	15.600	17.237	10,49%
Ambulatório	116.583	193.864	66,3%	164.548	171.599	4,29%
SADT	34.791	31.808	-8,6%	24.546	27.290	11,18%
Trat. Clínico	101.524	42.999	-57,6%	20.026	16.569	-17,26%
TOTAL	**285.230**	**305.128**	**6,98%**	**241.903**	**251.681**	**4,04%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Durante o ano de 2012, as internações apresentaram produção superior por necessidade de atendimentos em ortopedia, trauma, cardiologia e oncologia. Exceção aplicada ao primeiro trimestre de 2013, em que a produção inferior de internações, especialmente em clínica médica e pediátrica ocorreu em decorrência da reforma da Central de Material e Esterilização (CME) e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para se adequar à nova portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A produção superior em cirurgias ambulatoriais e em cirurgias de hospital dia ocorreu por pressão de demanda, especialmente por cirurgias oftalmológicas e pediátricas. Nos atendimentos de urgência, a produção superior ocorreu por pressão de demanda regional por atendimentos de urgência de alta complexidade em trauma, cardiologia e oncologia.

O excesso de produção relacionado aos atendimentos ambulatoriais ocorreu em função do volume de consultas subsequentes dos pacientes cirúrgicos, devido à realização de mutirão interno para reduzir a fila de cirurgias eletivas, e atendimentos ambulatoriais em consultas de especialidades que não foram absorvidas pelo AME Santo André e AME Mauá.

Nos exames de SADT externo, a produção inferior foi decorrente da quebra do equipamento de mamografia, alteração do perfil de atendimento ambulatorial, do hospital e inauguração do AME de Mauá, que absorveu parte da demanda por exames (2012 - 1. Trim. Δ -28,32%, 2. Trim. Δ -2,76% e 3. Trim. Δ -17,87%). A justificativa encaminhada pelo hospital foi analisada e aceita pela DRS, não acarretando assim desconto correspondente ao não cumprimento da meta do contrato referente ao ano de 2012. A partir do quarto trimestre de 2012, a produção de exames de SADT externo foi superior à contratada e ocorreu por necessidade de exames de mamografia, radiologia e exames de medicina nuclear dos municípios da área de abrangência do hospital.

Tabela 65
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HESTO - 2012

Hospital Estadual de Santo André		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	2.803	1.418	3.900	25.587	9.224	Informação não divulgada neste relatório.
	R	2.994	1.364	4.889	52.473	6.612	
	%	6,81%	-3,81%	25,36%	105,08%	-28,32%	
2º Trimestre	C	2.766	1.348	3.900	24.604	9.239	
	R	3.155	1.831	4.486	50.506	8.984	
	%	14,06%	35,83%	15,03%	105,28%	-2,76%	
3º Trimestre	C	2.796	1.438	3.900	25.993	10.202	
	R	3.013	1.831	4.432	48.907	8.379	
	%	7,76%	27,33%	13,64%	88,15%	-17,87%	
4º Trimestre	C	2.837	1.326	3.900	40.399	6.126	
	R	2.684	1.650	4.128	41.978	7.833	
	%	- 5.39%	24,43%	5,85%	3,91%	27,86%	
TOTAL	**C**	**11.202**	**5.530**	**15.600**	**116.583**	**34.791**	
	R	**11.846**	**6.676**	**17.935**	**193.864**	**31.808**	
	%	**5,75%**	**20,72%**	**14,97%**	**66,29%**	**-8,57%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

Tabela 66
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HESTO - 2013

Hospital Estadual de Santo André		Internação	HD + CA	Urgência	Ambulatório	SADT	Tratamento Clínico
1º Trimestre	C	2.764	1.357	3.822	40.304	6.033	Informação não divulgada neste relatório.
	R	2.400	1.586	4.093	39.498	8.426	
	%	-13,17%	16,88%	7,09%	-2,00%	39,67%	
2º Trimestre	C	2.816	1.398	3.947	41.637	6.200	
	R	3.341	2.117	4.701	45.410	6.176	
	%	18,64%	51,43%	19,10%	9,06%	-0,39%	
3º Trimestre	C	2.910	1.444	4.075	42.983	6.402	
	R	3.170	1.842	4.239	44.791	6.196	
	%	8,93%	27,56%	4,02%	4,21%	-3,22%	
4º Trimestre	C	2.965	1.529	3.756	39.624	5.911	
	R	2.998	1.532	4.204	41.900	6.492	
	%	1,11%	0,20%	11,93%	5,74%	9,83%	
TOTAL	**C**	**11.455**	**5.728**	**15.600**	**164.548**	**24.546**	
	R	**11.909**	**7.077**	**17.237**	**171.599**	**27.290**	
	%	**3,96%**	**23,55%**	**10,49%**	**4,29%**	**11,18%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.2.18. Hospital Estadual de Bauru

O Hospital Estadual de Bauru registrou nas internações produção inferior em saídas cirúrgicas e pediátricas, no primeiro, segundo e terceiro trimestre de 2013 (1. Trim. Δ -7,55%, 2. Trim. Δ -3,06% e 3. Trim. Δ -15,13%) devido à redução no volume de cirurgias eletivas por problemas na central de materiais e esterilização, e decorrente da greve dos funcionários da FAMESP nos meses de julho e agosto, com 20 dias de paralização e grande impacto no movimento de internação, reestabelecendo a produção somente no quarto trimestre do ano.

No semestre a produção em internações foi de 5,4% menor que o contratado, e implica em desconto financeiro de acordo com o contrato de gestão. A redução ocorreu por meio do TA_1364_201303, aplicada nos meses de outubro, novembro e dezembro/13, no valor mensal de R$ 1.240.479,00.

Tabela 67
Quantidade anual contratada e realizada - Hospital Estadual de Bauru

	2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	14.636	14.022	-4,20%
HD + CA	3.772	4.327	14,71%
Urgência	9.081	10.571	16,41%
Ambulatório	143.704	161.371	12,29%
SADT	115.066	177.076	53,89%
Trat. Clínico	81.285	80.290	-1,22%
TOTAL	**367.544**	**447.657**	**21,80%**

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

As cirurgias em regime de hospital dia e cirurgias ambulatoriais apresentaram produção superior especialmente em cirurgias oftalmológicas encaminhadas do ambulatório. Em relação aos atendimentos de urgência, a produção superior ocorreu por pressão de demanda principalmente na especialidade de clínica médica.

As consultas ambulatoriais apresentaram produção superior nas consultas não médicas (sessões de fisioterapia) por demanda interna e por necessidade de consultas de retorno dos pacientes em tratamento na unidade e nos exames de SADT externo, produção superior ocorreu especialmente em exames de laboratório clínico e anatomia patológica.

Tabela 68
Acompanhamento da Execução Trimestral do Contrato de Gestão HEBAURU- 2013

Hospital Estadual de Bauru		**Internação**	**HD + CA**	**Urgência**	**Ambulatório**	**SADT**	**Tratamento Clínico**
1º Trimestre	C	3.642	941	2.269	35.919	28.759	Informação não divulgada neste relatório.
	R	3.367	984	2.866	39.210	44.503	
	%	-7,55%	4,57%	26,31%	9,16%	54,74%	
2º Trimestre	C	3.665	945	2.271	35.932	25.771	
	R	3.553	1.197	2.666	41.022	44.636	
	%	-3,06%	26,67%	17,39%	14,17%	73,20%	
3º Trimestre	C	3.655	943	2.270	35.929	28.766	
	R	3.102	1.049	2.395	38.979	48.043	
	%	-15,13%	11,24%	5,51%	8,49%	67,01%	
4º Trimestre	C	3.654	943	2.271	35.924	28.770	
	R	4.000	1.097	2.644	42.160	39.894	
	%	9,47%	16,33%	16,42%	17,36%	38,67%	
TOTAL	**C**	**14.616**	**3.772**	**9.081**	**143.704**	**112.066**	
	R	**14.022**	**4.327**	**10.571**	**161.371**	**177.076**	
	%	**-4,06%**	**14,71%**	**16,41%**	**12,29%**	**58,01%**	

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.2.3. Análise Consolidada dos Hospitais Gerais

As Tabelas 70 e 72 permitem acompanhar de forma mais abrangente o desempenho assistencial dos hospitais gerais no período de 2012 e 2013. Conforme exposto na seção 4.2.1, mais de 85% dos hospitais apresentaram variação de produção assistencial superior à meta contratada, principalmente nas modalidades de Urgências e Atendimentos Ambulatoriais, por períodos seguidos e mantendo-se justificativas semelhantes ao longo dos anos. As justificativas concentram-se na pressão da demanda regional que exige dos hospitais atendimentos principalmente em obstetrícia, cardiologia e ortopedia. O desempenho insatisfatório do contrato de gestão fica evidente, pois, o contrato apresenta um dimensionamento ineficiente das metas contratadas e a análise periódica realizada pela SES para readequação das metas parece não ser suficiente para suprir as demandas da população por serviços do Sistema Único de Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde nos anos de 2012 e 2013 emitiu Termos Aditivos para reestabelecer o reequilíbrio econômico e financeiro dos hospitais geridos pelas OSS Cruzada Bandeirante, Santa Marcelina, SECONCI, Sírio Libanês e FAMESP. Interessante observar que no ano de 2012 diversos hospitais apresentaram percentual de produção superior à meta, no entanto, somente o Hospital Geral de Grajaú obteve aporte financeiro para reequilíbrio econômico, fato que pode estar associado aos atendimentos de Urgência realizado pelo hospital durante o ano (316.042) – a maior produção registrada em urgências.

Tabela 69
Relação de hospitais que receberam aporte financeiro para reequilíbrio

		Aporte financeiro (em R$)	
OSS	**Hospital Geral**	**2012**	**2013**
Cruzada Bandeirante	Hospital Geral de Carapicuíba	-	4.000.000
	Hospital Geral de Itapeví	-	678.000
	Hospital Geral de Pedreira	-	6.000.000
Santa Marcelina	Hospital Geral de Itaquaquecetuba	-	2.000.000
	Hospital Geral de Itaim Paulista	-	2.000.000
SECONCI	Hospital Estadual de Sapopemba	-	1.000.000
	Hospital Estadual de Vila Alpina	-	1.000.000
	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	-	1.500.000
	Hospital Regional de Cotia	-	1.000.000
Sírio Libanês	Hospital Geral de Grajaú	6.147.260	10.500.000
FAMESP	Hospital Estadual de Bauru	-	6.000.000
	Total	**6.147.260**	**35.678.000**

Nota. Adaptado de Contrato de Gestão e Termos Aditivos.

A análise da Tabela 69 permite identificar que durante o período analisado o Hospital Geral de Guarulhos, Hospital Geral de Itaim Paulista e Hospital Estadual de Vila Alpina

tiveram produção realizada inferior a produção contratada, no entanto os Hospitais de Hospital Geral de Itaim Paulista e Hospital Estadual de Vila Alpina receberam recursos financeiros para reequilíbrio em 2013.

Por fim, vale ressaltar que o contrato de gestão não estabelece incentivos financeiros ou mecanismos de compensação para os hospitais que produzem acima da meta contratada, no entanto, durante os trimestres analisados, os hospitais que tiveram a produção inferior à meta contratada, também não sofreram as devidas penalidades. As justificativas apresentadas foram avaliadas e aprovadas pela comissão julgadora, não acarretando em redução do valor de repasse mensal.

O contrato de gestão favorece de certa forma esta variação na produção contratada e realizada, pois a produção contratada parece ser frequentemente inferior à necessidade da população local, porém o hospital necessita continuar prestando o serviço mesmo que já tenha atingido a meta do mês, trimestre ou semestre. As organizações sociais de saúde também se beneficiam da margem de produção passível de penalidade ou redução do repasse, pois com exceção da modalidade de internação que a margem é de 5% (o hospital deve produzir 95% da quantidade contratada, caso contrário sofre penalidade), todas as outras categorias possuem a margem de 15% (Tabela 17). Ou seja, se o hospital apresentar déficits de produção em até 14,99% no semestre, não sofrerá penalidades e receberá 100% do valor de repasse estabelecido em contrato. Esta margem parece ser um tanto folgada, pois conforme apresentado, apenas o Hospital Geral de Bauru sofreu penalidades no ano de 2013 devido ao descumprimento de metas assistenciais de saídas hospitalares no 1º semestre, de acordo com Termo Aditivo nº. TA_1364_201303.

Convém ainda destacar um segundo intervalo pois, caso a entidade cumpra somente 70% de sua quantidade assistencial contratada, o valor de repasse estipulado no contrato de gestão decresce somente 10%, isto é, o hospital continua recebendo 90% do valor de repasse. Apesar desta flexibilidade, os hospitais administrados por Organizações Sociais de Saúde em geral, extrapolam significativamente a quantidade contratada, ou seja, existe certa flexibilidade, mas os hospitais em sua maioria não se utilizam dela.

Tabela 70
Consolidado quantidade anual de produção assistencial – contratado e realizado - 2012

	2012																	
	Internação			HD + CA			Urgência			Ambulatório			SADT			Trat. Clínico		
Hospitais	**C**	**R**	**V**	**C**	**R**	**V**	**C**	**R**	**V**	**C**	**R**	**V**	**C**	**R**	**V**	**C**	**R**	**V**
HGGuarulhos	14.965	14.934	-0,21%	614	677	10,26%	109.800	93.317	-15,01%	34.120	37.334	9,42%	34.303	33.641	-1,93%	-	-	-
HGItaim	13.470	13.809	2,52%	-	-	-	220.095	193.045	-12,29%	10.080	18.989	88,38%	46.120	45.549	-1,24%	-	-	-
HEVA	13.768	13.760	-0,06%	2.230	2.191	-1,75%	175.392	169.169	-3,55%	20.356	23.565	15,76%	7.440	8.436	13,39%	-	-	-
HEPORTO	2.688	2.782	3,50%	600	615	2,50%	42.000	41.274	-1,73%	40.656	42.051	3,43%	8.748	8.391	-4,08%	-	-	-
HGI	13.404	13.311	-0,69%	288	303	5,21%	21.804	23.368	7,17%	43.752	44.464	1,63%	2.448	2.954	20,67%	-	-	-
HEJP II	6.000	6.234	3,90%	6.480	6.887	6,28%	2.400	2.385	-0,62%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HESTO	11.202	11.846	5,75%	5.530	6.676	20,72%	15.600	17.935	14,97%	116.583	193.864	66,29%	34.791	31.808	-8,57%	101.524	42.999	-57,65%
HGIS	11.560	12.241	5,89%	3.053	3.063	0,33%	87.248	111.840	28,19%	119.079	116.381	-2,27%	5.676	5.335	-6,01%	-	-	-
HGG	14.496	16.736	15,45%	-	-	-	288.000	316.042	9,74%	-	-	-	1.200	1.230	2,50%	-	-	-
HRPP	19.200	20.442	6,47%	5.640	5.501	-2,46%	180.000	199.748	10,97%	49.920	100.206	100,73%	426.600	447.921	5,00%	15.600	17.970	15,19%
HGItaqua	11.470	11.344	-1,10%	-	261	100,00%	110.000	130.466	18,61%	16.100	18.630	15,71%	17.040	18.684	9,65%	-	-	-
HGC	15.072	15.105	0,22%	2.556	3.017	18,04%	43.116	46.339	7,48%	105.204	113.234	7,63%	21.480	22.097	2,87%	575.489	735.693	27,84%
HEFR	2.560	2.972	16,09%	360	671	86,39%	6.570	6.528	-0,64%	29.650	42.496	43,33%	3.815	4.090	7,21%	-	-	-
HEFM	4.294	5.379	25,27%	-	-	-	23.040	33.935	47,29%	-	-	-	9.746	10.478	7,51%	-	-	-
HESAP	12.048	12.812	6,34%	900	915	1,67%	36.396	48.927	34,43%	15.120	21.690	43,45%	4.560	4.710	3,29%	16.440	70.461	328,59%

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT= Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado; V= Variação.

Tabela 71
Consolidado quantidade anual de produção assistencial – contratado e realizado - Total de 2012

	TOTAL		
Hospitais	**Contratado**	**Realizado**	**Variação**
HGGuarulhos	193.802	179.903	-7,17%
HGItaim	289.765	271.392	-6,34%
HEVA	219.186	217.121	-0,94%
HEPORTO	94.692	95.113	0,44%
HGI	81.696	84.400	3,31%
HEJP II	14.880	15.506	4,21%
HESTO	285.230	305.128	6,98%
HGIS	226.616	248.860	9,82%
HGG	303.696	334.008	9,98%
HRPP	696.960	791.788	13,61%

(continuação)

Hospitais	TOTAL		
	Contratado	Realizado	Variação
HGItaqua	154.610	179.385	16,02%
HGC	762.917	935.485	22,62%
HEFR	42.955	56.757	32,13%
HEFM	37.080	49.792	34,28%
HESAP	85.464	159.515	86,65%

Tabela 72
Consolidado quantidade anual de produção assistencial – contratado e realizado – 2013

	2013																	
	Internação			HD + CA			Urgência			Ambulatório			SADT			Trat. Clínico		
Hospitais	C	R	V	C	R	V	C	R	V	C	R	V	C	R	V	C	R	V
HGGuarulhos	15.795	15.384	-2,60%	624	624	0,00%	94.980	82.079	-13,58%	34.200	36.638	7,13%	31.008	31.263	0,82%	-	-	-
HGItaim	13.480	14.209	5,41%	-	-	-	184.800	167.989	-9,10%	17.920	20.280	13,17%	46.185	46.839	1,42%	-	-	-
HEVA	14.748	14.714	-0,23%	3.000	2.866	-4,47%	175.392	167.791	-4,33%	23.688	24.916	5,18%	-	-	-	-	-	-
HRPP	20.040	20.754	3,56%	6.440	6.192	-3,85%	180.000	220.641	22,58%	91.540	107.042	16,93%	426.600	367.849	-13,77%	16.100	19.357	20,23%
HRC	11.400	11.215	-1,62%	2.208	2.100	-4,89%	129.024	129.100	0,06%	25.788	26.923	4,40%	4.152	4.034	-2,84%	-	-	-
HGG	14.910	15.972	7,12%	-	-	-	291.000	291.552	0,19%	-	-	-	1.200	1.188	-1,00%	-	-	-
HESTO	11.455	11.909	3,96%	5.728	7.077	23,55%	15.600	17.237	10,49%	164.548	171.599	4,29%	24.546	27.290	11,18%	20.026	16.569	-17,26%
HEPORTO	2.688	2.749	2,27%	600	656	9,33%	42.000	39.985	-4,80%	40.656	45.583	12,12%	8.748	9.783	11,83%	-	-	-
HEJP II	5.880	5.941	1,04%	6.480	7.192	10,99%	2.400	2.269	-5,46%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HGC	15.072	15.435	2,41%	2.556	2.903	13,58%	43.116	44.907	4,15%	105.204	114.144	8,50%	21.480	21.458	-0,10%	16.332	17.434	6,75%
HGP	16.761	17.256	2,95%	-	-	-	259.800	279.202	7,47%	-	-	-	0	2.979	100,00%	-	-	-
HGI	13.692	14.290	4,37%	-	-	-	22.380	27.375	22,32%	43.788	44.828	2,38%	2.508	3.047	21,49%	-	-	-
HGIS	11.560	11.437	-1,06%	3.053	3.029	-0,79%	87.248	123.183	41,19%	119.079	106.649	-10,44%	5.676	5.194	-8,49%	-	-	-
HEFR	2.928	3.091	5,57%	480	728	51,67%	6.600	6.483	-1,77%	38.400	44.351	15,50%	4.020	4.416	9,85%	-	-	-
HEBAURU	14.636	14.022	-4,20%	3.772	4.327	14,71%	9.081	10.571	16,41%	143.704	161.371	12,29%	115.066	177.076	53,89%	81.285	80.290	-1,22%
HEFM	5.292	5.453	3,04%	-	-	-	23.040	33.281	44,45%	-	-	-	9.736	10.315	5,95%	-	-	-
HGItaqua	12.006	13.852	15,38%	0	185	100,00%	110.000	174.084	58,26%	33.873	35.337	4,32%	17.040	18.598	9,14%	-	-	-
HESAP	12.048	12.315	2,22%	900	940	4,44%	36.396	55.365	52,12%	15.120	19.217	27,10%	4.560	14.080	208,77%	-	-	-

Nota. HD = Hospital Dia; CA = Cirurgia Ambulatorial; SADT= Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; C = Contratado; R = Realizado; V= Variação.

Tabela 73
Consolidado quantidade anual de produção assistencial – contratado e realizado - Total de 2013

	TOTAL		
Hospitais	**Contratado**	**Realizado**	**Variação**
HGGuarulhos	176.607	165.988	-6,01%
HGItaim	262.385	249.317	-4,98%
HEVA	216.828	210.287	-3,02%
HRPP	740.720	741.835	0,15%
HRC	172.572	173.372	0,46%
HGG	307.110	308.712	0,52%
HESTO	241.903	251.681	4,04%
HEPORTO	94.692	98.756	4,29%
HEJP II	14.760	15.402	4,35%
HGC	203.760	216.281	6,14%
HGP	276.561	299.437	8,27%
HGI	82.368	89.540	8,71%
HGIS	226.616	249.492	10,09%
HEFR	52.428	59.069	12,67%
HEBAURU	367.544	447.657	21,80%
HEFM	38.068	49.049	28,85%
HGItaqua	172.919	242.056	39,98%
HESAP	69.024	101.917	47,65%

4.3. Subvenção Governamental

O contrato de gestão determina na cláusula terceira, parágrafo 2, a responsabilidade do Estado em programar no orçamento anual os recursos necessários para custear o objeto do contrato. A agenda de pagamento consta no Anexo Técnico II do mesmo documento e determina o valor das parcelas mensais. Repasse financeiro ou subvenção governamental, refere-se aos repasses de recursos efetuados pelo Governo para custear as despesas operacionais e administrativas dos hospitais (Comitê de Pronunciamentos Contábeis, 2010).

A Tabela 74 apresenta os valores contratados e o montante que foi efetivamente repassado pelo Governo aos hospitais gerais. O montante contratado está baseado no contrato de gestão e termos aditivos emitidos durante o período de análise, incluindo valores destinados ao custeio, investimento e reequilíbrio econômico-financeiro. Devido a diversas inconsistências de dados em relação aos valores efetivamente repassados às entidades, a análise exigiu uma conciliação dos valores de repasse informados pela Secretaria da Fazenda do Governo do Estado de São Paulo, Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e o Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão (SES).

O resultado da análise indica que 95% dos hospitais receberam integralmente e mensalmente o valor de repasse definido no contrato de gestão e nos termos aditivos. Somente o Hospital Geral de Guarulhos apresentou diferenças no recebimento de repasse destinado a investimento nos anos de 2012 e 2013. O valor de R$ 4.402.692 referente ao TA_655_201202 de 03/08/2012 que tinha como objetivo o repasse de recursos financeiros de investimento para reforma e ampliação do Pronto Socorro e aquisição de equipamentos médico-hospitalares, não apresenta evidências de pagamento.

No ano de 2013 o valor de R$ 1.000.000 referente a última parcela do TA_655_201303 emitido em 14/10/2013, sobre repasse adicional de recursos financeiros de custeio, também não apresenta evidências de pagamento para o Hospital Geral de Guarulhos ou à OSS Gestora. Não foi possível identificar estes pagamentos nos períodos seguintes, bem como não houve documentos que evidenciassem o cancelamento destes Termos Aditivos. Deste modo, no que tange a Subvenção Governamental o governo cumpriu quase que em sua totalidade, seu compromisso de repasse mensal aos hospitais gerais.

Tabela 74
Subvenção Governamental contratada e realizada (em milhares de reais)

Hospitais	**CNPJ**	**2012**				**2013**			
		Contratado	**Realizado**	**Diferença**	**%**	**Contratado**	**Realizado**	**Diferença**	**%**
Hospital Geral de Carapicuíba	60.598.448/0004-23	88.012	88.012	-	7,28%	99.944	99.944	-	6,11%
Hospital Geral de Itapeví	60.598.448/0010-71	84.372	84.372	-	6,98%	91.701	91.701	-	5,61%
Hospital Geral de Pedreira	60.598.448/0014-03	Este ano não é escopo de análise				116.859	116.860	-	7,15%
Hospital Estadual de Franco da Rocha	62.779.145/0038-81	56.844	56.844	-	4,70%	59.274	59.274	-	3,62%
Hospital Estadual de Fco. Morato	62.779.145/0014-04	47.500	47.500	-	3,93%	53.139	53.139	-	3,25%
Hospital Geral de Guarulhos	62.779.145/0001-90	129.003	124.600	4.403	10,31%	137.027	136.027	1.000	8,32%
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	60.742.616/0007-55	76.710	76.710	-	6,35%	87.108	87.108	-	5,33%
Hospital Geral de Itaim Paulista	60.742.616/0006-74	87.756	87.756	-	7,26%	96.806	96.806	-	5,92%
Hospital Estadual de Sapopemba	61.687.356/0001-30	87.500	87.500	-	7,24%	99.023	99.023	-	6,05%
Hospital Estadual de Vila Alpina	61.687.356/0003-00	92.460	92.460	-	7,65%	99.239	99.239	-	6,07%
Hospital Geral de Itapecerica da Serra	61.687.356/0014-54	88.460	88.460	-	7,32%	91.653	91.653	-	5,60%
Hospital Regional de Cotia	61.687.356/0021-83	Este ano não é escopo de análise				64.275	64.275	-	3,93%
Hospital Geral de Grajaú	95.386.880/0001-32	118.912	118.912	-	9,84%	121.533	121.533	-	7,43%
Hospital Regional de P. Prudente	53.221.255/0001-40	99.323	99.323	-	8,22%	119.234	119.233	-	7,29%
Hospital Estadual João Paulo II	53.221.255/0031-66	22.712	22.712	-	1,88%	23.393	23.393	-	1,43%
Hospital Regional de Porto Primavera	53.221.255/0001-40	10.656	10.656	-	0,88%	14.100	14.100	-	0,86%
Hospital Estadual de Santo André	57.571.275/0001-00	122.677	122.677	-	10,15%	140.507	140.507	-	8,59%
Hospital Estadual de Bauru	46.230.439/0003-73	Este ano não é escopo de análise				121.684	121.684	-	7,44%
TOTAL		**1.212.896**	**1.208.493**		**100%**	**1.636.499**	**1.635.499**		**100%**

4.4. Indicadores de Qualidade

Os indicadores de qualidade estão atrelados a qualidade da assistência oferecida aos usuários do hospital e medem alguns aspectos relacionados ao desempenho da unidade e características de efetividade da gestão.

A definição de quais indicadores devem ser avaliados para um respectivo hospital é atribuição da Secretaria de Estado da Saúde e especificado no contrato de gestão. Conforme apresentado no Anexo III do Contrato de Gestão a complexidade dos indicadores é gradativa e crescente levando em consideração o tempo de funcionamento do hospital.

> Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam sendo monitorados e avaliados, porém não tem efeito financeiro.

O contrato de gestão indica que anualmente um manual é cedido aos hospitais informando as regras e critérios técnicos para a avaliação dos indicadores de qualidade.

Os indicadores estão apresentados no Apêndice A, porém devido a indisponibilidade dos dados, somente foi possível analisar de forma dicotômica se o hospital cumpriu ou não os indicadores de qualidade estabelecidos no contrato de gestão. A base de dados para a extração desta informação foram os Relatórios Trimestrais de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES e por meio dele foi identificado se os hospitais cumpriram ou não, as metas propostas nos indicadores de qualidade. Algumas observações são mencionadas no relatório que evidenciam o descumprimento das metas, no entanto foram justificadas pelos hospitais e tais justificativas, acatadas pela Comissão de Acompanhamento.

Os indicadores de qualidade são os balizadores para o pagamento dos 10% correspondentes a parte variável estabelecida no contrato. A Tabela 75 apresenta os resultados da análise realizada pela SES e evidenciada no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão. O asterisco indica os hospitais que não cumpriram algum indicador, porém ao ser avaliado pela comissão de acompanhamento, a justificativa apresentada pelo hospital foi aceita, não acarretando assim nenhum ônus.

Tabela 75
Desempenho dos Indicadores de Qualidade

Hospitais	2012				2013			
	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim
Hospital Geral de Carapicuíba	1	*1	1	1	1	1	1	1
Hospital Geral de Itapeví	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital Geral de Pedreira	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1	1	1
Hospital Estadual de Franco da Rocha	1	1	1	1	1	1	1	90%
Hospital Estadual de Fco. Morato	1	1	1	1	1	1	1	90%
Hospital Geral de Guarulhos	1	1	1	*1	1	1	1	90%
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital Geral de Itaim Paulista	*1	1	*1	1	*1	1	1	1
Hospital Estadual de Sapopemba	*1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital Estadual de Vila Alpina	1	1	*1	1	1	1	1	1
Hospital Geral de Itapecerica da Serra	1	*1	1	*1	1	1	1	1
Hospital Regional de Cotia	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1	1	1
Hospital Geral de Grajaú	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital Regional de P. Prudente	1	1	1	1	*1	*1	1	1
Hospital Estadual João Paulo II	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital Regional de Porto Primavera	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital Estadual de Santo André	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospital Estadual de Bauru	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1	1	1

Nota. N/A = Não se aplica; 1= Hospitais que cumpriram todos os indicadores de qualidade propostos para o período, perfazendo 100% da parte variável. Baseado no Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão – SES.
*Hospitais que não atingiram o indicador de qualidade proposto, porém não tiveram penalidades financeiras.

O resultado da análise do relatório apresenta que no primeiro trimestre de 2012 o Hospital Geral de Itaim Paulista e Hospital Estadual de Sapopemba não cumpriram o indicador de notificação de 100% dos óbitos apresentando justificativas que foram aceitas pela comissão de acompanhamento.

No segundo, terceiro e quarto trimestre do ano 2012 o Hospital Geral de Carapicuíba, Hospital Geral de Itapecerica da Serra, Hospital Geral de Itaim Paulista, Hospital Estadual de Vila Alpina e Hospital Geral de Guarulhos não cumpriram com o indicador de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) no que se refere a meningite bacteriana, apresentando justificativas que foram aceitas pela comissão de acompanhamento.

No primeiro trimestre do ano de 2013, o Hospital Geral de Itaim Paulista não cumpriu o indicador de notificação de óbitos maternos apresentando justificativas que foram aceitas pela comissão de acompanhamento.

O hospital regional de Presidente Prudente apresentou justificativas pelo não cumprimento do indicador de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) no que se refere a meningite bacteriana no primeiro e segundo trimestre de 2013. Justificativas aceitas pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).

Os hospitais administrados pela Santa Casa de São Paulo cumpriram no quarto trimestre do ano de 2013 alcançaram 90% das metas estipuladas para os indicadores da parte variável, no entanto o relatório não especifica quais foram estes indicadores.

Diante do exposto, o resultado evidencia que existem casos de descumprimento da meta de qualidade proposta para os hospitais, porém as justificativas são apresentadas e acatadas não acarretando em descontos financeiros para o hospital e corroborando com a seção 4.3 ao apontar que os valores de subvenção governamental foram integralmente realizados pelo Governo.

4.5. Despesas com pessoal

Representa uma das maiores despesas dos hospitais e refere-se aos gastos incorridos com funcionários com vínculo empregatício, que atuam como médicos, enfermeiros, residentes e empregados da área administrativa.

O objetivo desta seção é apresentar o percentual que as organizações sociais que administram os hospitais gerais despenderam com a remuneração de dirigentes e empregados, sem entrar no mérito dos critérios de remuneração, comparação dos níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, nem tão pouco na discussão acerca da forma de contratação - via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), por meio de empresas prestadoras de serviços e/ou parceiras.

A Lei nº. 846/98 estabelece que na elaboração do contrato de gestão deve haver a estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções (Lei Complementar nº 846, 1998). O contrato de gestão, na cláusula segunda que estabelece as obrigações e responsabilidades da OSS, especificamente no parágrafo 29, ressalta para a limitação quanto ao pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde devem ser limitados a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio dos hospitais.

Para analisar este limite percentual em relação ao que foi efetivamente gasto pelos hospitais, foram utilizadas duas fontes de dados: o Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES que apresenta o percentual que cada hospital despendeu com despesas com pessoal, e o Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado no DOESP, que apresenta o valor da receita repassada para o hospital

no quadrimestre, bem como o valor da despesa com pessoal, custeio e investimento, conforme apresentado nas Tabelas 76 e 77.

Vale destacar que, conforme evidências apresentadas nas demonstrações contábeis dos hospitais gerais, as despesas com serviços médicos prestados por terceiros não são computadas na análise realizada pela SES como despesas com pessoal.

A informação relativa ao número de leitos foi extraída do Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES e refere-se a média anual dos anos de 2012 e 2013. Os dados referentes a quantidade de funcionários foram extraídos do DATASUS (http://cnes2.datasus.gov.br/) com base em 31/12/2012 e 31/12/2013, conforme premissas apresentadas na Metodologia.

Para o ano de 2012, o resultado aponta para o Hospital Geral de Grajaú, Hospital Geral de Itaquaquecetuba e Hospital Geral de Itapevi como excedentes e/ou limítrofes no percentual de despesas com pessoal. No entanto, conforme justificativa apresentada pelo Hospital Geral do Grajaú, o percentual acima de 70% ocorreu em razão da revisão dos registros contábeis para fechamento do balanço anual, sobretudo a readequação das despesas com folha de pagamento. O Hospital Geral de Itaquaquecetuba apresentou percentual acima do limite em razão do pagamento de encargos com rescisões de contrato de trabalho, devido ao fechamento parcial do ambulatório.

Já o Hospital Geral de Itapevi apresentou despesas com pessoal acima do percentual previsto no Contrato de Gestão, em razão da readequação do quadro de pessoal por motivo da transição de gestores.

No ano de 2013 o Hospital Geral de Itaim e Hospital Geral de Itaquaquecetuba, apresentaram os maiores índices de despesa com pessoal, ultrapassando o limite de setenta por cento, no entanto a avalição trimestral foi considerada em conformidade com o previsto no Contrato de Gestão.

Os relatórios de acompanhamento emitidos pela SES não apresentam nenhum tipo de monitoramento ou acompanhamento mais efetivo em relação a estes percentuais, pois os relatórios reportam somente justificativas para os hospitais que excederam o limite, e os outros quer estejam abaixo ou no limite da meta, são considerados “em conformidade”. Esta análise corrobora com os resultados encontrados nas seções anteriores em se tratando da fragilidade do instrumento contratual e sua efetiva capacidade de monitorar o desempenho da OSS. Vale ressaltar que o contrato de gestão não estabelece qualquer penalidade para os hospitais que excederem o limite estabelecido.

Este acompanhamento pode também ser considerado não efetivo, pois, os recursos humanos terceirizados pelos hospitais não constam na análise da SES como despesa com pessoal, retratando assim a fragilidade e falta de significância deste indicador.

As Tabelas 76 e 77 apresentam o percentual da verba de custeio aplicado em despesas com pessoal para o ano de 2012 e 2013.

Tabela 76
Percentual da verba de custeio gasto com pessoal no ano de 2012

Ranking	Hospital	% Receita gasto com Pessoal	Leitos Operacionais	Nº de funcionários (sem médicos)	Nº de enfermeiros	Nº de médicos	Total funcionários
1	Hospital Geral de Grajaú	72%	299	825	91	505	1.421
2	Hospital Geral de Itaquaquecetuba	71%	273	432	53	375	860
3	Hospital Geral de Itapeví	69%	254	711	98	396	1.205
4	Hospital Geral de Itaim Paulista	66%	286	573	77	492	1.142
5	Hospital Geral de Guarulhos	61%	376	710	145	527	1.382
6	Hospital Estadual de Santo André	51%	274	972	128	833	1.933
7	Hospital Geral de Carapicuíba	49%	244	909	91	332	1.332
8	Hospital Estadual de Vila Alpina	41%	235	613	118	459	1.190
9	Hospital Regional de Pres. Prudente	39%	478	831	135	580	1.546
10	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	39%	212	688	77	445	1.210
11	Hospital Estadual de Sapopemba	38%	225	786	110	412	1.308
12	Hospital Regional de Porto Primavera	36%	57	95	13	41	149
13	Hospital Estadual de Francisco Morato	33%	109	307	58	143	508
14	Hospital Estadual João Paulo II	31%	55	142	22	226	390
15	Hospital Estadual de Franco da Rocha	25%	85	237	52	275	564

Nota. Baseado no Relatório Quadrimestral, Relatório Trimestral e DATASUS.

Tabela 77
Percentual da verba de custeio gasto com pessoal no ano de 2013

Ranking	Hospital	% Receita gasto com Pessoal	Leitos Operacionais	Nº de funcionários (sem médicos)	Nº de enfermeiros	Nº de médicos	Total funcionários
1	Hospital Geral de Itaim Paulista	72%	286	586	77	593	1.256
2	Hospital Geral de Itaquaquecetuba	72%	273	449	51	457	957
3	Hospital Geral de Grajaú	66%	299	667	104	429	1.200
4	Hospital Estadual de Bauru	64%	282	942	100	252	1.294
5	Hospital Geral de Guarulhos	63%	376	1.037	144	535	1.716
6	Hospital Geral de Itapeví	61%	254	708	93	421	1.222
7	Hospital Geral de Pedreira	57%	304	543	107	676	1.326
8	Hospital Estadual de Santo André	47%	274	970	128	875	1.973
9	Hospital Geral de Carapicuíba	47%	244	827	91	351	1.269
10	Hospital Estadual de Vila Alpina	43%	235	624	106	680	1.410
11	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	40%	212	830	78	450	1.358
12	Hospital Estadual de Sapopemba	38%	225	866	115	312	1.293
13	Hospital Regional de Cotia	36%	169	612	71	359	1.042
14	Hospital Regional de Pres.Prudente	35%	478	832	135	639	1.606
15	Hospital Estadual João Paulo II	34%	55	154	21	236	411
16	Hospital Estadual de Francisco Morato	32%	109	422	65	129	616
17	Hospital Regional de Porto Primavera	31%	57	96	17	42	155
18	Hospital Estadual de Franco da Rocha	28%	85	356	64	247	667

Nota. Baseado no Relatório Quadrimestral, Relatório Trimestral e DATASUS.

4.6. Teste de Eficiência e Indicadores econômico-financeiros

O teste de eficiência buscou analisar a eficiência técnica dos hospitais gerais para os anos de 2012 e 2013 por meio da Análise Envoltória dos Dados realizada no sistema MAXDEA para posterior análise da relação com os indicadores econômico-financeiros dos hospitais gerais. A Tabela 78 apresenta as variáveis utilizadas como *inputs* – dados de estrutura, isto é, os recursos físicos e humanos utilizados pelo hospital e as variáveis de *outputs* – dados de produção assistencial anual realizada pelos hospitais.

Tabela 78
Variáveis utilizadas no modelo DEA

	2012					2013				
Variáveis	**n**	**Mín.**	**Máx.**	**Média**	**Desvio-padrão**	**n**	**Mín.**	**Máx.**	**Média**	**Desvio-padrão**
Inputs										
Nº de leitos em operação	15	55	478	231	117	18	55	478	234	109
Número de funcionários incluindo administrativos, médicos e enfermeiros	15	149	1933	1076	486	18	155	1973	1154	455
Nº de equipamentos de diagnósticos por imagem	15	3	19	11	4	18	3	19	11	4
Outputs										
Nº de internações realizadas	15	2.782	20.442	11.580	5.086	18	2.749	20.754	12.222	4.929
Nº de hospital dia e cirurgias ambulatoriais realizadas	15	0	6.887	2.052	2.459	18	0	7.192	2.157	2.516
Nº de atendimentos de urgência realizados	15	2.385	316.042	95.621	90.658	18	2.269	291.552	104.061	94.238
Nº de atendimentos ambulatoriais realizados	15	0	193.864	51.527	55.320	18	0	171.599	53.271	54.793
Nº de exames SADT Externo e tratamentos clínicos realizados	15	0	757.790	100.830	216.120	18	0	387.206	48.837	103.091

Conforme Tabela 78, o desvio padrão indica a diferenciação e dispersão dos valores individuais em torno da média relacionados à estrutura das unidades hospitalares e produção realizada. Destaque para a presença de hospitais de diferentes portes indicando a abrangência da amostra ao incluir hospitais de médio e grande porte com o número de leitos em operação variando de 55 a 478 e média de 234 leitos hospitalares.

A Tabela 79 apresenta a análise de eficiência das unidades hospitalares e demonstra a classificação para os 18 hospitais da amostra.

O resultado aponta que no ano de 2012, 47% dos hospitais foram considerados eficientes e no ano de 2013 este percentual aumentou para 61%, no entanto este aumento refere-se basicamente aos três hospitais que foram incluídos na amostra de 2013 (Hospital Geral de Pedreira, Hospital Regional de Cotia e Hospital Estadual de Bauru) e classificados como eficientes. Os hospitais classificados como ineficientes em 2012, mantiveram o mesmo status para 2013, com alteração apenas no percentual de eficiência. Apenas uma exceção foi identificada, o Hospital Geral de Itaquaquecetuba classificado como ineficiente em 2012 foi apontado como eficiente em 2013. A classificação indica as unidades hospitalares que são capazes de gerar os melhores resultados com uma menor alocação de recursos.

Tabela 79
Resultado da Eficiência Técnica dos Hospitais Gerais

	Escore			
Hospital	**2012**	**2013**	**Tipo**	**Porte**
Hospital Geral de Pedreira	N/A	100,00%	Aberta	Grande porte
Hospital Regional de Cotia	N/A	100,00%	Aberta	Grande porte
Hospital Estadual de Bauru	N/A	100,00%	Fechada	Grande porte
Hospital Geral de Carapicuíba	100,00%	100,00%	Fechada	Grande porte
Hospital Geral de Itapecerica da Serra	100,00%	100,00%	Fechada	Grande porte
Hospital Geral de Grajaú	100,00%	100,00%	Aberta	Grande porte
Hospital Regional de Presidente Prudente	100,00%	100,00%	Aberta	Grande porte
Hospital Estadual João Paulo II	100,00%	100,00%	Fechada	Médio porte
Hospital Regional de Porto Primavera	100,00%	100,00%	Aberta	Médio porte
Hospital Estadual de Santo André	100,00%	100,00%	Fechada	Grande porte
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	93,10%	100,00%	Aberta	Grande porte
Hospital Estadual de Vila Alpina	90,31%	97,71%	Aberta	Grande porte
Hospital Geral de Itaim Paulista	91,86%	83,83%	Aberta	Grande porte
Hospital Estadual de Sapopemba	85,74%	84,31%	Fechada	Grande porte
Hospital Geral de Itapeví	77,26%	84,31%	Fechada	Grande porte
Hospital Estadual de Franco da Rocha	72,52%	75,81%	Fechada	Médio porte
Hospital Estadual de Francisco Morato	67,87%	65,59%	Fechada	Médio porte
Hospital Geral de Guarulhos	73,27%	64,64%	Aberta	Grande porte

As Tabelas 80 e 81 indicam o percentual total de hospitais eficientes e ineficientes bem como a média geral dos escores, isto é, dentre os hospitais analisados a média geral evidencia para 90% de eficiência para os hospitais gerais administrados por OSS. Este dado apresenta-se superior em relação aos resultados apresentados na pesquisa de Trivelato et al.

(2015) em que o escore de eficiência técnica média dos hospitais públicos analisados com base no ano de 2012, foi de 80,09%.

Tabela 80
Resultado Consolidado da Eficiência Técnica dos Hospitais Gerais referente a 2012

Hospitais	n	Percentual	Média Geral Escore Eficiência
Eficientes	7	47%	-
Ineficientes	8	53%	81%
Todos			90%
TOTAL	**15**	**100%**	

Tabela 81
Resultado Consolidado da Eficiência Técnica dos Hospitais Gerais referente a 2013

Hospitais	n	Percentual	Média Geral
Eficientes	11	61%	-
Ineficientes	7	39%	79%
Todos			92%
TOTAL	**18**	**100%**	

Conforme Tabela 82, o teste de mediana de Mann Whitney foi realizado considerando a quantidade de leitos com o objetivo de comparar os grupos de unidades hospitalares classificados como eficientes e ineficientes e identificar se existe diferença de mediana entre os hospitais que possuem até 250 leitos e os que operam com quantidades acima de 250 leitos. De acordo com o teste estatístico, não é possível afirmar que existe diferença de eficiência entre os dois grupos, pois, o p valor indica 0,8598 e 0,4799, corroborando assim com estudo de Trivelato et.al (2015) ao apontar que o porte do hospital não influencia a eficiência do hospital.

Tabela 82
Teste de Mann Whitney comparando leitos hospitalares e eficiência técnica

Número de Leitos	n	Mediana Eficiência	P valor 2012	P valor 2013
Até 250	9	0,9031	0,8598	0,4799
Acima de 250	9	0,9186		
TOTAL	**18**			

4.6.1. Análise dos Indicadores econômico-financeiros

Os indicadores econômico-financeiros foram extraídos das seguintes Demonstrações Financeiras: Balanço Patrimonial (BP), Demonstração do Resultado (DR), Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL), Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC) e Notas Explicativas (NE).

As demonstrações financeiras dos hospitais gerais selecionados na amostra foram auditadas por empresas de auditoria independentes, de forma que o parecer de auditoria indica que os dados apresentados refletem adequadamente, em todos os aspectos relevantes, a posição patrimonial e financeira dos hospitais. No entanto, vale ressaltar que, as demonstrações contábeis apresentadas pela SECONCI (grupo consolidado) foram auditadas pela Ernst & Young Terco nos anos de 2012 e 2013 e o parecer da auditoria foi sem ressalva, no entanto as demonstrações individuais dos hospitais geridos por esta OSS não apresentaram nota explicativa e nem parecer da auditoria individualizado por hospital.

Caso semelhante ocorreu com as demonstrações contábeis do Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês (grupo consolidado), que foram auditadas pela KPMG Auditores Independentes nos anos de 2012 e 2013. Para o ano findo em 31/12/2012 o parágrafo de ênfase refere-se às demonstrações financeiras do Instituto cujo patrimônio líquido estava negativo e passivo circulante excedente ao ativo circulante, consequentemente gerando dúvidas quanto a capacidade de continuidade da operação. No exercício findo de 31/12/2013 o parecer da auditoria foi com ressalvas referente a retificações ocorridas em contas a receber e contas receita com relação ao saldo de abertura e fechamento de 31/12/2012 e 31/12/2103, ocasião em que Instituto reconheceu valores de receita e contas a receber incorretamente. O parágrafo de ênfase referente ao ano de 2013 abrangeu as mesmas observações do ano de 2012. Conforme destacado, a base para ressalva e parágrafo de ênfase foi o Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês, considerado como grupo consolidador do Hospital Geral do Grajaú não sendo possível afirmar que existe inadequação da posição patrimonial e financeira do hospital.

O Hospital Geral de Itaquaquecetuba e Hospital Geral de Itaim Paulista, geridos pela OSS Santa Marcelina apresentaram para o exercício findo de 2012 e 2013 parágrafos de ênfases nas demonstrações financeiras. Os auditores independentes emitiram parecer sem ressalva e com parágrafo de ênfase em relação ao passivo a descoberto no exercício de 2012 e 2013, ressaltando que de acordo com o contrato de gestão e execução de serviços de saúde, os recursos financeiros destinados ao custeio das atividades desenvolvidas pela OSS Santa Marcelina gestora do Hospital Geral do Itaim Paulista são providos em sua maior parte pelo Governo do Estado de São Paulo. Nesse sentido a entidade depende do recebimento regular desses recursos, bem como das políticas e diretrizes traçadas pelo governo para a manutenção de suas atividades e de seu equilíbrio econômico-financeiro.

Para o Hospital Estadual de Franco da Rocha gerido pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, os auditores independentes emitiram em 2012 parecer sem ressalva e com

parágrafo de ênfase e em 2013 parecer com ressalva e com parágrafo de ênfase. Referente ao Hospital Estadual de Francisco Morato em 2012 e 2013 os auditores emitiram parecer sem ressalva e com parágrafo de ênfase. Já o Hospital Geral de Guarulhos divulgou em notas explicativas parecer com ressalva e parágrafo de ênfase referente a 2012 e parecer sem ressalva e com parágrafo de ênfase para o exercício findo de 2013.

Para todos os hospitais mencionados acima, a opinião com ressalva foi relacionada às despesas com encargos financeiros provenientes do parcelamento do FGTS que foram assumidas Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e como sequência as demonstrações financeiras não necessariamente refletem a posição patrimonial e financeira. Os auditores atestam que as demonstrações financeiras foram preparadas no pressuposto da continuidade normal dos negócios da entidade, porém apresentam deficiência de capital de giro e déficit operacional acumulado e não incluem nenhum ajuste que poderia ser requerido caso a entidade não tivesse condições de continuar operando como filial da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. No entanto, os auditores ressaltam que exceto pelos possíveis efeitos decorrentes do assunto mencionado no parágrafo de base para ressalva, as demonstrações financeiras elaboradas de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil, as demonstrações financeiras apresentam adequadamente em todos os aspectos relevantes a posição patrimonial e financeira do hospital.

A Tabela 83 apresenta um resumo das divulgações realizadas pelos hospitais gerais.

Tabela 83 -
Divulgação realizada pelos Hospitais Gerais em 2012 e 2013

Demonstrações Contábeis	**N**	
Balanço Patrimonial	18	
Demonstração do Resultado do Exercício	18	
Demonstração dos Fluxos de Caixa	18	
Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido	18	
Notas Explicativas	12	
Parecer da Auditoria individualizado	**2012**	**2013**
Parecer sem ressalva	8	7
Parecer sem ressalva e com parágrafo de ênfase	2	3
Parecer com ressalva e com parágrafo de ênfase	2	2
Total	**12**	**12**

A avaliação dos índices econômicos –financeiros foi realizada com base na mediana dos hospitais, e contemplaram os seguintes indicadores: Participação de Capitais de Terceiros (PCT), Composição do Endividamento (CE), Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL), Liquidez Corrente (LC), Liquidez Imediata (LI) e Rentabilidade do Ativo (ROA).

A mediana foi escolhida pois é uma medida importante ao definir a tendência central de uma variável aleatória e não é tão sensível quanto a média, conforme Wooldridge (2010), a mediana "em uma distribuição de probabilidades, ela é o valor no qual existe 50% de possibilidade de estar acima dela. Em uma amostra de números é o valor do meio após os números terem sido ordenados" (p. 673).

O resultado dos indicadores econômicos–financeiros apontam para as seguintes análises e observações:

a) **Participação de Capitais de Terceiros (PCT)** – no ano de 2012 os hospitais eficientes apresentaram a mediana de (1,29), enquanto que para os hospitais ineficientes a mediana foi de (1,96). Para o ano de 2013, os hospitais eficientes apresentaram a mediana de (1,48), e os hospitais ineficientes a mediana de (1,72). O propósito deste indicador é identificar quanto do ativo total é financiado com capital de terceiros. Quanto maior o quociente (em geral maior que um), maior o endividamento da empresa, consequente dependência de terceiros, e maior o risco de não conseguir arcar com os compromissos.

   Ao analisar a hipótese de pesquisa, para o ano de 2012 e 2013 a mesma pode ser considerada verdadeira pois os índices dos hospitais eficientes são melhores que os dos hospitais ineficientes. Conforme pode-se observar nas Tabela 83 e 84, o índice de participação de capital de terceiros é elevado para a maioria dos hospitais gerais e a análise das demonstrações financeiras evidencia que um montante significativo das obrigações dos hospitais gerais está associado a provisões trabalhistas, provisões para contingências judiciais e fornecedores.

   Resultados pouco satisfatórios para os hospitais brasileiros e altos níveis de endividamento foram também identificados no estudo de Souza et al. (2010), ressaltando os indícios da fragilidade financeira dos hospitais estudados, como a baixa liquidez e alto endividamento.

   A fórmula aplicada para este indicador foi capital de terceiros/ativo total e a interpretação é de quanto menor, melhor. No entanto, vale ressaltar que no contexto das OSS o capital de terceiros é formado essencialmente por fornecedores, obrigações sociais e provisão para contingências; o ativo apresenta em sua composição elementos significativos de estoque, imobilizado e caixa ou equivalente de caixa.

   Estudos anteriores (Cunha et al., 2014; Fatheazam, 1992; Souza, Avelar, Silva, Tormin, & Gervásio, 2015; Souza et al., 2014), apontam para uma participação

expressiva de capital de terceiros na estrutura dos hospitais indicando dependência de recursos a curto ou a longo prazo.

b) **Composição Endividamento (CE)** – para 2012 e 2013 o resultado aponta que na mediana, os hospitais eficientes possuem 77% de suas obrigações no curto prazo. Para os hospitais ineficientes, a mediana foi de 91%, apontando que somente 9% do endividamento da organização é de longo prazo. Apesar do resultado deste indicador estar condizente com hipótese 1 de pesquisa, o desempenho dos hospitais no quesito endividamento não se apresenta satisfatório, pois parte significativa encontra-se no curto prazo indicando uma possível pressão no caixa para liquidar os compromissos assumidos no curto prazo. Situação semelhante de endividamento foi apontada também por Souza et al. (2010), Souza et al. (2014) e Fatheazam (1992). A fórmula aplicada para este indicador foi passivo circulante/capital de terceiros e a interpretação é de quanto menor, melhor.

   Em se tratando de OSS, o passivo circulante é formado por fornecedores, obrigações sociais, fiscais e trabalhistas de curto prazo. Em geral os hospitais apresentam as obrigações concentradas no curto prazo e não apresentam montantes significativos de empréstimos e financiamento.

c) **Imobilização Patrimônio Líquido (IPL)** - para hospitais que apresentam o patrimônio social negativo, este indicador não produz um resultado explicativo, pois o objetivo é identificar a parcela de capital próprio que foi investido no ativo permanente, isto é, em imobilizado, intangível e investimentos. No entanto observa-se que com exceção dos hospitais eficientes no ano de 2012 que apresentou a mediana do índice zerado, todos os outros índices foram negativos: (-0,27) hospitais ineficientes 2012, (-0,42) hospitais eficientes 2013 e (-0,23) hospitais ineficientes 2013, evidenciando a ausência de investimento dos hospitais em itens do ativo permanente, o que de certa forma se explica pelo fato dos hospitais utilizarem os bens móveis e imóveis do Estado e quaisquer investimentos realizados em Ativo Permanente requerer capital do Estado ou da própria OSS. A hipótese 1 do estudo não apresenta elementos significativos para ser considerada verdadeira.

   A fórmula aplicada para este indicador foi ativo permanente/patrimônio líquido e a interpretação é de quanto menor, melhor. Cabe ressaltar algumas características dos hospitais gerais observadas com base nos demonstrativos contábeis: (i) nem todas as OSS reconhecem o ativo imobilizado no balanço do próprio hospital, entidades geridas pela SECONCI e Santa Casa de São Paulo não evidenciam saldos de

imobilizado pressupondo que o registro destes imobilizados são realizados no balanço da OSS gestora; e (ii) em geral, os hospitais apresentam patrimônio líquido ou patrimônio social descoberto por períodos seguidos corroborando com resultados similares identificados por Souza et al. (2014) e Cunha et al. (2014).

d) **Liquidez Corrente (LC) -** conforme apresentado por Assaf Neto (2012), o índice de LC maior que 1,0 indica Capital Circulante Líquido (CCL) positivo, e menor que 1,0 CCL negativo. O resultado aponta que em 2012 os hospitais eficientes apresentaram maior capacidade de liquidar seus compromissos de curto prazo com ativos circulantes, pois a mediana foi de (0,47) e em 2013 foi de (0,44). Já os hospitais ineficientes apresentaram a mediana de (0,36) em 2012 e (0,42) em 2013. Para este indicador, a hipótese 1 foi aceita, pois o resultado está de acordo com a hipótese sugerida na pesquisa, no entanto todos os hospitais sinalizam possíveis dificuldades em liquidarem as obrigações de curto prazo.

   A evidência de baixa liquidez dos hospitais também foi apontada no estudo de Souza et al. (2010), em que na amostra de 31 hospitais brasileiros os índices de liquidez corrente apresentaram variação de 0,10 a 4,36.

   Este indicador foi calculado utilizando a fórmula ativo circulante/passivo circulante e a interpretação é quanto maior, melhor. A composição destas contas foi descrita acima e conforme observações extraídas dos demonstrativos contábeis dos hospitais gerais, na maior parte dos casos o passivo circulante apresenta-se substancialmente superior ao ativo circulante. Isto é, as obrigações de curto prazo superam em muito os realizáveis a curto prazo, no entanto estas características não são exclusividades das OSS, diversos autores identificaram situação semelhante no contexto hospitalar, conforme Souza et al. (2014) e Cunha et al. (2014).

e) **Liquidez Imediata (LI)** – este índice apresenta as condições da empresa em liquidar as dívidas a curto prazo imediatamente, e quanto maior for o índice, melhor. Observa-se que o resultado do ano de 2012 e 2013 para os hospitais eficientes foram (0,39) e (0,16), respectivamente. Os resultados referentes aos hospitais ineficientes foram (0,06) e (0,08), respectivamente, refletindo a fragilidade dos hospitais em liquidar as dívidas a curto prazo. Para este indicador, a hipótese 1 foi aceita, pois o resultado está de acordo com a hipótese sugerida na pesquisa. Este indicador foi calculado utilizando a fórmula disponibilidade mais aplicações financeiras/passivo circulante e a interpretação é quanto maior, melhor. Com base nas demonstrações contábeis, as

OSS apresentam em geral recursos limitados disponíveis em caixa ou equivalente de caixa e não evidenciam condições de liquidar as despesas em curto prazo.

f) **Rentabilidade do Ativo (ROA)** – representa o potencial de geração de lucros da entidade, ou seja, com base nas receitas recebidas e as despesas realizadas identifica-se o lucro ou o superávit que foi gerado. Os resultados apontam para indicadores negativos nos anos de 2012 e 2013, isto é, os hospitais apresentam prejuízos caracterizando desempenho insatisfatório. Os hospitais eficientes e ineficientes apresentaram medianas negativas na análise do indicador ROA, e conforme evidências obtidas das demonstrações financeiras, em média os hospitais apresentam prejuízos acumulados e passivo social descoberto podendo indicar que os recursos financeiros destinados ao custeio das atividades não têm suprido os custos e despesas efetuados pelos hospitais. A hipótese 1 do estudo não apresenta elementos significativos para ser considerada verdadeira.

Cabe ressaltar que o lucro ou superávit não é objetivo principal das organizações sociais, isto é, as entidades foram concebidas como entidades privadas sem fins lucrativos. Isto significa que os hospitais que apresentarem superávit no período, devem reaplicar este montante em sua atividade fim. Apesar da maximização do lucro não ser o principal objetivo das entidades sem fins lucrativos, índices positivos de ROA indicam um melhor resultado econômico da organização, sugerindo assim uma gestão mais eficaz e eficiente dos recursos públicos repassados aos hospitais.

Visando uma melhor adequação deste indicador, o Lucro Líquido poderia ser substituído pelo Resultado Operacional antes das Receitas e Despesas Financeiras, pois as receitas e despesas financeiras podem não ser geradas pelos ativos, assim o indicador poderia ser mais apropriado. Entretanto, alguns hospitais gerais apresentaram na demonstração financeira o valor fechado não especificando o que se refere a despesa ou receita financeira, tornando assim inviável a substituição do Lucro Líquido pelo Resultado Operacional antes das Receitas e Despesas Financeiras. A fórmula então utilizada para o cálculo deste indicador se manteve (Lucro Líquido/Ativo Total).

A análise dos indicadores financeiros contribuiu para uma visão mais profundada da situação econômica e financeira dos hospitais. É possível observar que os hospitais gerais estudados apresentam altos índices de endividamento e baixos índices de liquidez e rentabilidade. Primeiramente estas características podem ser parcialmente explicadas devido a necessidade de realizar atendimentos assistenciais superiores à sua capacidade produtiva e

econômico-financeira por necessidade da população local. Como exemplos cita-se o Hospital Geral de Sapopemba, Hospital Estadual de Francisco Morato e Hospital Estadual de Franco da Rocha, que conforme demonstrado nas Tabelas 70 e 72 apresentam os maiores percentuais de variações de produção assistencial para os anos de 2012 e 2013.

Em segundo lugar, a gestão por resultados estabelecida no contrato de gestão estabelece os recursos financeiros de custeio e investimento que deverão ser utilizados para a execução do contrato de gestão. No entanto a OSS ao assumir a gestão do hospital, assume também a responsabilidade de lidar com os passivos, isto é, inúmeras obrigações decorrentes da administração, que podem onerar o hospital e dificultar a gestão dos recursos públicos. De acordo com as evidências apresentadas nas Demonstrações Financeiras das entidades, é possível observar que uma parte significativa do passivo dos hospitais gerais, que varia de 12 a 48%, referem-se a provisão para contingências (Figura 2).

Em adição, de acordo com a divulgação das Demonstrações Financeiras realizada pelas OSS, cerca de 67% dos hospitais gerais analisados apresentaram prejuízos no ano de 2012, sendo que este percentual caiu para 56% no ano de 2013. Apesar da queda, o resultado ainda revela um grau elevado de entidades com resultado econômico-financeiro insatisfatório que podem comprometer a continuidade da entidade para os períodos seguintes.

É notório que hospitais são organizações complexas que dependem de investimento e boa gestão financeira para operarem com sucesso. O custeio e investimento dos hospitais são atribuições do Estado que por meio da Secretaria de Estado da Saúde definem no contrato de gestão o montante de repasse para o período, em concordância com as OSS. A gestão econômica e financeira, fica a cargo da OSS, no entanto apesar de serem administradas por organizações privadas sem fins lucrativos com o pressuposto de atuar com maior flexibilidade administrativa, estudos apontam para a forte presença do Estado na regulação e fiscalização (Tibério et al., 2010), que por sua vez corrobora com a observação que a Organização Social de Saúde Santa Marcelina divulgou em Nota Explicativa em 31/01/2014, indicando que o recurso destinado ao custeio das atividades provém, em sua maior parte, do Governo do Estado de São Paulo, e a entidade depende de desses recursos, **bem como das políticas e diretrizes traçadas** pelo Governo para a manutenção de suas atividades e de seu equilíbrio econômico-financeiro.

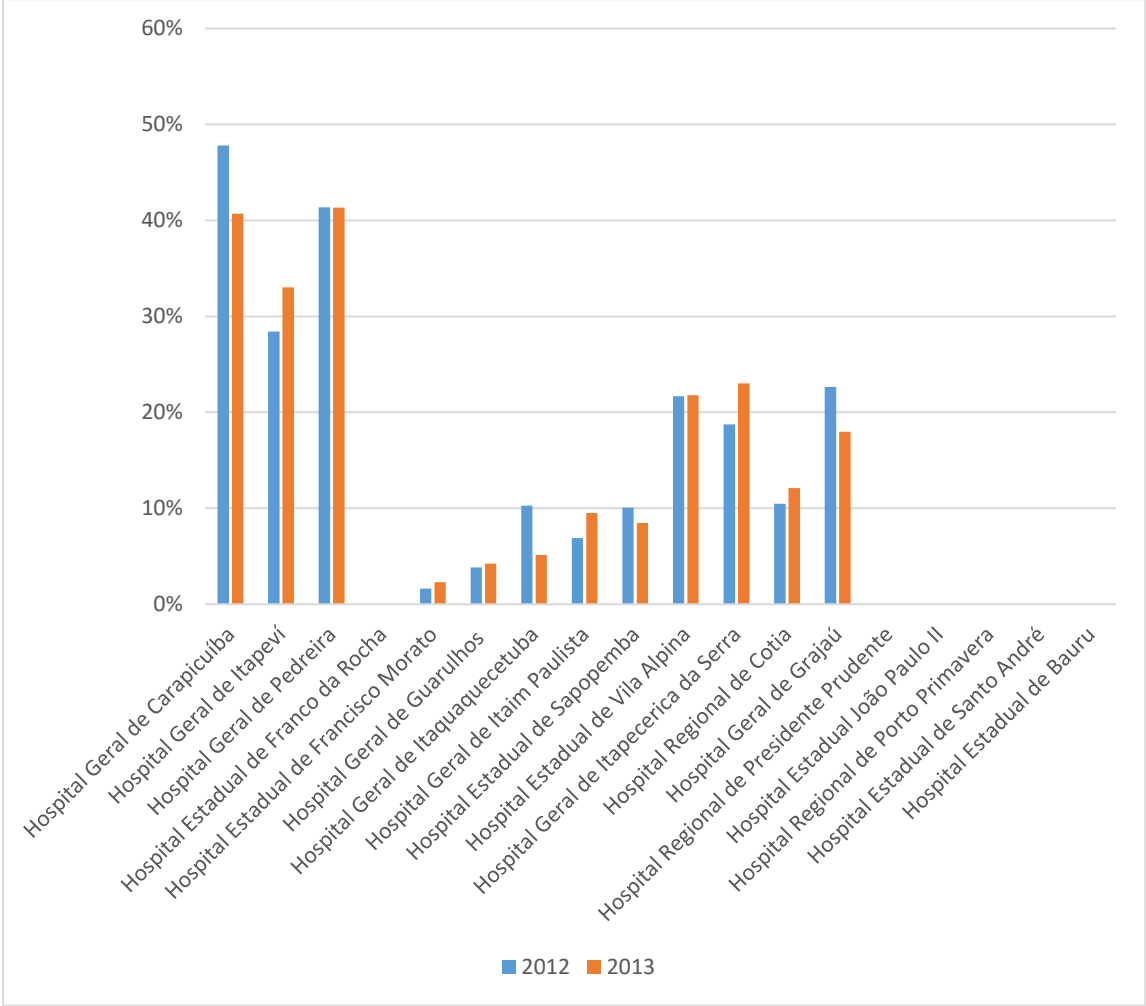

Figura 2. Porcentagem do Passivo comprometido com Provisão para Contingências.

4.6.2. Teste de Mann Whitney

Para realizar a comparação do resultado dos indicadores econômico-financeiro entre os grupos formados pelos hospitais eficientes e não eficientes referente aos anos de 2012 e 2013, utilizou-se do teste estatístico não paramétrico de *Mann Whitney*, com as seguintes hipóteses:

H0 – os indicadores financeiros **não apresentam** diferenças significativas entre os grupos dos hospitais classificados como eficientes e ineficientes.

H1 - os indicadores financeiros **apresentam** diferenças significativas entre os grupos dos hospitais classificados como eficientes e ineficientes.

O teste foi realizado no sistema Minitab ao nível de significância de 5% para os 15 hospitais da amostra referente ao ano de 2012, e 18 hospitais gerais para o ano de 2013. A Tabela 84 apresenta os resultados do teste.

Tabela 84
Resultado do Teste *Mann Whitney*

P Valor	PCT	CE	IPL	LC	LI	ROA
2012	0,2716	0,2243	0,3253	0,3253	0,0323	0,6854
2013	0,4687	0,2576	0,9278	0,8563	0,2390	0,6507

Conforme pode-se observar, o resultado do teste não permite afirmar que existe diferença significativa entre a mediana do grupo de hospitais eficientes e não eficientes, aceitando H0 para todos os indicadores econômico-financeiros. Exceção aplicada ao indicador de Liquidez Imediata (LI) referente a 2012 que apresentou o p valor de 0,0323 apontando para a rejeição de H0. O teste analisa o grau de entrelaçamento dos grupos e o resultado apontando para a igualdade das medianas indica que o resultado do teste não é estatisticamente significante.

O resultado do teste de *Mann Whitney* corrobora com a análise realizada para a hipótese de pesquisa, pois dos seis indicadores econômico-financeiro selecionados para teste, apenas quatro confirmaram a hipótese de pesquisa desenvolvida neste trabalho.

As Tabelas 85 e 86 apresentam os resultados da análise dos Indicadores Econômico-financeiros dos Hospitais Gerais classificados como eficientes e ineficientes para 2012 e 2013.

Tabela 85
Indicadores Econômico-financeiros dos Hospitais Gerais classificados como eficientes e ineficientes para 2012

	HOSPITAIS EFICIENTES (N = 7)					
	PCT	**CE**	**IPL**	**LC**	**LI**	**ROA**
Hospital Geral de Carapicuíba	1,75	0,51	(1,19)	0,12	0,03	(0,33)
Hospital Geral de Itapecerica da Serra	2,15	0,81	(0,40)	0,31	0,18	(0,58)
Hospital Geral de Grajaú	8,20	0,77	-	0,16	0,10	(1,69)
Hospital Regional de Presidente Prudente	0,76	0,32	2,76	1,35	0,80	(0,04)
Hospital Estadual João Paulo II	0,58	0,15	1,59	3,90	3,16	(0,02)
Hospital Regional de Porto Primavera	0,14	1,00	0,00	7,11	5,32	0,40
Hospital Estadual de Santo André	1,29	0,93	(1,50)	0,47	0,39	0,06
Mínimo	0,14	0,15	(1,50)	0,12	0,03	(1,69)
Máximo	8,20	1,00	2,76	7,11	5,32	0,40
Mediana	1,29	0,77	-	0,47	0,39	(0,04)
Média	2,12	0,64	0,18	1,92	1,43	(0,32)
Desvio Padrão	2,77	0,32	1,51	2,65	2,04	0,68

	HOSPITAIS INEFICIENTES (N=8)					
	PCT	**CE**	**IPL**	**LC**	**LI**	**ROA**
Hospital Estadual de Vila Alpina	2,13	0,66	(0,36)	0,42	0,30	(0,01)
Hospital Geral de Itaim Paulista	1,07	0,95	(12,28)	0,15	0,10	0,04
Hospital Estadual de Sapopemba	2,33	0,90	(0,18)	0,37	0,22	(0,39)
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	1,31	0,90	(2,79)	0,11	0,07	(0,09)
Hospital Geral de Itapeví	2,77	0,72	(0,42)	0,13	0,06	(0,73)
Hospital Estadual de Franco da Rocha	0,80	0,99	0,26	1,20	0,00	0,47
Hospital Estadual de Francisco Morato	1,80	0,98	(0,00)	0,57	0,00	(0,28)
Hospital Geral de Guarulhos	3,01	0,93	(0,00)	0,36	0,00	0,08
Mínimo	0,80	0,66	(12,28)	0,11	0,00	(0,73)
Máximo	3,01	0,99	0,26	1,20	0,30	0,47
Mediana	1,96	0,91	(0,27)	0,36	0,06	(0,05)
Média	1,90	0,88	(1,97)	0,41	0,09	(0,11)
Desvio Padrão	0,80	0,12	4,27	0,35	0,11	0,36

Tabela 86
Indicadores Econômico-financeiros dos Hospitais Gerais classificados como eficientes e ineficientes para 2013

	HOSPITAIS EFICIENTES (N = 11)					
	PCT	**CE**	**IPL**	**LC**	**LI**	**ROA**
Hospital Geral de Pedreira	1,48	0,55	(1,74)	0,21	0,04	(0,09)
Hospital Regional de Cotia	2,62	0,88	(0,18)	0,30	0,20	0,01
Hospital Geral de Carapicuíba	1,14	0,58	(4,88)	0,48	0,16	0,30
Hospital Geral de Itapecerica da Serra	2,45	0,77	(0,42)	0,20	0,04	0,01
Hospital Geral de Grajaú	2,77	0,81	-	0,44	-	(0,47)
Hospital Regional de Presidente Prudente	0,59	0,38	1,17	2,34	1,78	0,24
Hospital Estadual João Paulo II	0,66	0,20	2,09	2,25	1,73	(0,08)
Hospital Regional de Porto Primavera	0,21	1,00	0,00	4,86	2,97	0,34
Hospital Estadual de Santo André	1,27	0,99	(0,91)	0,60	0,55	(0,09)
Hospital Geral de Itaquaquecetuba	1,58	0,95	(1,47)	0,10	0,05	(0,17)
Hospital Estadual de Bauru	1,58	0,69	(1,18)	0,29	0,04	0,00
Mínimo	0,21	0,20	(4,88)	0,10	-	(0,47)
Máximo	2,77	1,00	2,09	4,86	2,97	0,34
Mediana	1,48	0,77	(0,42)	0,44	0,16	0,00
Média	1,49	0,71	(0,68)	1,10	0,69	(0,00)
Desvio Padrão	0,85	0,26	1,79	1,48	1,01	0,23

(continuação)

	HOSPITAIS INEFICIENTES (N=7)					
	PCT	**CE**	**IPL**	**LC**	**LI**	**ROA**
Hospital Estadual de Vila Alpina	2,62	0,67	(0,29)	0,30	0,14	(0,35)
Hospital Geral de Itaim Paulista	1,37	0,94	(2,17)	0,15	0,08	(0,23)
Hospital Estadual de Sapopemba	1,52	0,92	(0,23)	0,63	0,22	(0,03)
Hospital Geral de Itapeví	1,72	0,67	(1,00)	0,25	0,11	(0,07)
Hospital Estadual de Franco da Rocha	0,74	1,00	0,12	1,31	0,00	0,11
Hospital Estadual de Francisco Morato	1,75	0,98	(0,01)	0,58	0,00	(0,05)
Hospital Geral de Guarulhos	2,43	0,93	(0,03)	0,42	0,00	0,02
Mínimo	0,74	0,67	(2,17)	0,15	0,00	(0,35)
Máximo	2,62	1,00	0,12	1,31	0,22	0,11
Mediana	1,72	0,93	(0,23)	0,42	0,08	(0,05)
Média	1,73	0,87	(0,52)	0,52	0,08	(0,09)
Desvio Padrão	0,64	0,14	0,82	0,39	0,09	0,16

4.7. Análise da Correlação dos Resultados

Esta seção tem por objetivo consolidar os resultados relevantes apresentados nas etapas 1, 2 e 3 com o intuito de estabelecer uma correlação entre o desempenho do contrato de gestão e os indicadores econômico-financeiros.

A etapa 1 buscou analisar as principais características de execução do contrato de gestão, isto é, o desempenho foi avaliado considerando: (i) o perfil dos hospitais; (ii) o desempenho assistencial com base nas quantidades contratadas e realizadas; (iii) subvenção governamental, (iv) indicadores de qualidade; e (v) despesas com pessoal.

Conforme apresentado nas seções anteriores do capítulo de resultados, o desempenho assistencial, isto é, a relação entre a quantidade contratada e realizada foi o item de execução contratual mais relevante, pois é o efetivo resultado apresentado pelos hospitais, impacta diretamente no valor da subvenção a ser realizada pelo Governo do Estado de São Paulo, e apresentou variações significativas para os hospitais gerais administrados por OSS. Para estabelecer as variáveis de insumos (*inputs*) e produtos (*outputs*) necessárias para o cálculo da eficiência técnica, foram utilizados a quantidade total de funcionários dos hospitais, números de equipamentos de diagnósticos por imagem e a quantidade de produção assistencial realizada pelos hospitais gerais para o ano de 2012 e 2013.

A etapa 2 teve como objetivo identificar a eficiência técnica dos hospitais por meio da metodologia de Análise Envoltória dos Dados (DEA) e segregá-los em dois grupos: hospitais gerais eficientes e ineficientes, permitindo assim a análise da hipótese de pesquisa 01.

Na etapa 3 foi realizada a análise dos indicadores econômicos financeiros por grupo de hospitais (seção 4.6) classificados como eficientes e ineficientes. Nesta fase também foi testada a hipótese de pesquisa e realizado o teste de mediana de *Mann-Whitney*.

Após realizar as análises em relação à execução do contrato de gestão e indicadores econômico-financeiros dos hospitais gerais, foi importante estabelecer os coeficientes de correlação entre as principais variáveis explicativas. A matriz de correlação de Pearson foi realizada no sistema GRETL considerando as seguintes variáveis explicativas para o ano de 2012 e 2013: (i) variação da produção assistencial anual realizada dos hospitais gerais para internação, hospital dia e cirurgia ambulatorial, urgência, ambulatório e exames de SADT, isto é, comparação entre a quantidade contratada e realizada; e (ii) os indicadores econômico-financeiros dos hospitais gerais – PCT, CE, IPL, LC, LI e ROA.

Verifica-se que o resultado apresentado nas Tabelas 87 e 88 indica uma correlação entre fraca e moderada entre a variação na produção assistencial realizada pelos hospitais gerais em 2012 e 2013 e os indicadores econômicos financeiros, visto que os coeficientes de correlação

mais significativos foram: CE (-0,38), IPL (0,24), LC (-0,19), LI (-0,18) e ROA (-0,18) para 2012 e IPL (-0,22), LC (-0,22) e LI (-0,21) referente a 2013.

A fraca e moderada correlação negativa de 2012 e 2013 é coerente com o modelo, pois o aumento da quantidade realizada pode estar relacionado com a redução do passivo circulante, disponibilidades e obrigações a curto prazo, o que poderia ser parcialmente explicado pelo montante de obrigações identificados no passivo circulante relacionados a atividade operacional dos hospitais geridos por OSS, tais como salários a pagar e obrigações trabalhistas, pela grande concentração de dívidas no curto prazo. O acréscimo de obrigações a curto prazo implica em saída de recursos financeiros impactando também a disponibilidade imediata destes recursos nos hospitais gerais, pois despesas como folha de pagamento, estoques, obrigações trabalhistas, entre outras obrigações relacionadas à produção, são registradas no passivo circulante e podem requerer disponibilidade financeira de curto prazo.

Interessante observar que o IPL apresenta fraca correlação positiva em 2012 e negativa em 2013, podendo ser justificado pelo ligeiro aumento identificado na média geral do IPL dos hospitais em contraste a uma menor volatilidade da variação na produção em 2013.

Tabela 87
Matriz de Correlação entre as variáveis explicativas – 2012

Variáveis explicativas	Variação produção	PCT	CE	IPL	LC	LI	ROA
Variação produção	1	-	-	-	-	-	-
PCT	0,0036	1	-	-	-	-	-
CE	-0,3854*	0,0825	1	-	-	-	-
IPL	0,2482*	0,0929	-0,3822	1	-	-	-
LC	-0,1967*	-0,4111	-0,1193	0,2543	1	-	-
LI	-0,1854*	-0,3759	-0,1832	0,2167	0,9853	1	-
ROA	-0,1812*	-0,8814	0,1199	-0,099	0,4192	0,3497	1

*significativo a menos de 5% segundo o coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 88
Matriz de Correlação entre as variáveis explicativas – 2013

Variáveis explicativas	Variação produção	PCT	CE	IPL	LC	LI	ROA
Variação produção	1	-	-	-	-	-	-
PCT	-0,0443	1	-	-	-	-	-
CE	0,0520	0,2029	1	-	-	-	-
IPL	-0,2264*	-0,058	-0,1711	1	-	-	-
LC	-0,2278*	-0,7012	-0,1113	0,427	1	-	-
LI	-0,2172*	-0,6785	-0,2737	0,4275	0,9528	1	-
ROA	0,0258	-0,6309	-0,0692	-0,106	0,5684	0,5114	1

*significativo a menos de 5% segundo o coeficiente de correlação de Pearson.

Por fim, uma última análise deste estudo não foi realizada com o auxílio de técnicas estatísticas de correlação, mas é fruto da observação dos dados das unidades hospitalares e tem como objetivo demonstrar certas desigualdades identificadas no contrato de gestão, na execução, nos valores de repasse, entre outros. Para realizar esta verificação, a Tabela 89 foi elaborada apresentando dados provenientes dos resultados demonstrados nas etapas 1 e 2 do presente trabalho.

Conforme Tabela 89, observa se que no que tange as quantidades contratadas, é possível identificar cinco hospitais (Hosp. Geral de Carapicuíba, Hosp. Estadual de Santo André, Hosp. Estadual de Vila Alpina, Hosp. Geral de Itaim Paulista e Hosp. Estadual de Sapopemba) que apresentaram quantidades contratadas em 2013 inferiores às demonstradas em 2012. Chama a atenção pois, os contratos de gestão são analisados periodicamente no que refere-se a produção assistencial a ser realizada e ajustes normalmente ocorrem para acima com o objetivo de oferecer uma maior oferta para os serviços contratados. Vale ressaltar que apesar da redução na oferta, estes mesmos hospitais receberam reajuste significativo no valor da subvenção governamental repassada em 2013, indicando certa disparidade na gestão.

O Hospital Geral de Carapicuíba, Hospital Estadual de Santo André e Hospital Estadual de Sapopemba tiveram as quantidades reduzidas em 2013 especificamente em tratamento clínico. Seria plausível pressupor que se referem a serviços não absorvidos pela população local, no entanto os dados não confirmam esta possibilidade pois, houve excesso de produção em 2012 para alguns hospitais.

A segunda nota refere-se à desproporção entre produção contratada e repasse financeiro realizado para hospitais de porte semelhante. A título de exemplificação, o Hospital Estadual João Paulo II e Hospital Regional de Porto Primavera são as menores unidades hospitalares deste estudo se comparadas com base no número de leitos. No entanto o Hospital Estadual João Paulo II foi contratado para produzir cerca de 15.000 serviços anuais, o qual recebeu 22 milhões de reais de repasse governamental, possui 390 funcionários e é um hospital porta-fechada. Já o Hospital Regional de Porto Primavera, administrado pela mesma OSS foi contratado para produzir 94.692 serviços anuais, foi repassado o valor 14 milhões de reais, possui 149 funcionários e é porta aberta. Os dados revelam a discrepância em quantidades contratadas, valores de repasse e mão de obra, fornecendo evidências para levantar questionamentos quanto a administração que a SES exerce sobre o contrato de gestão.

A terceira observação refere-se às características quanto aos hospitais portas abertas (atendimento à urgências e emergências de acordo com à demanda espontânea da população) e portas fechadas (atendimento à urgências e emergências conforme demanda encaminhada

SUS). Ao analisar os dados é possível identificar que os hospitais portas abertas apresentam números superiores aos hospitais portas fechadas em relação à quantidade: contratada, realizada, de leitos operacionais, funcionários e o valor de subvenção governamental repassado. São considerados eficientes, em geral, e os hospitais portas abertas classificados como ineficientes são justamente aqueles que apresentaram variação negativa em relação a produção, isto é, não alcançaram as metas propostas para atendimentos de urgências e emergências (Hospital Estadual de Vila Alpina, Hospital Geral de Itaim Paulista e Hospital Geral de Guarulhos) nos anos de 2012 e 2013.

Tabela 89
Comparativo com dados utilizados nas etapas 1, 2 e características adicionais

Hospitais Gerais	Quant. Contratada 2012	Quant. Realizada 2012	Quant. Contratada 2013	Quant. Realizada 2013	Escore de Eficiência Técnica	Tipo	Quant. Leitos	Quant. Funcionários	Valor Subvenção Governamental 2012 e 2013 (*)	
Hosp. Geral de Grajaú	303.696	334.008	307.110	308.712	Eficiente	Aberta	299	1.421	118,0	121,00
Hosp. Regional de P. Prudente	696.960	791.788	740.720	741.835	Eficiente	Aberta	478	1.546	99,0	119,00
Hosp. Regional de P. Primavera	94.692	95.113	94.692	98.756	Eficiente	Aberta	55	149	10,0	14,00
Hosp. Geral de Pedreira	-	-	276.561	299.437	Eficiente	Aberta	304	1.326	0	116,00
Hosp. Regional de Cotia	-	-	172.572	173.372	Eficiente	Aberta	169	1.042	0	64,00
Hosp. Geral de Itaquaquecetuba	154.610	179.385	226.616	249.492	Ineficiente	Aberta	273	860	76,0	87,00
Hosp. Estadual de Vila Alpina	219.186	217.121	216.828	210.287	Ineficiente	Aberta	235	1.190	92,0	91,00
Hosp. Geral de Itaim Paulista	289.765	271.392	262.385	249.317	Ineficiente	Aberta	286	1.142	87,0	96,00
Hosp. Geral de Guarulhos	193.802	179.903	176.607	165.988	Ineficiente	Aberta	376	1.382	124,0	137,00
Hosp. Geral de Carapicuíba	762.917	935.485	203.760	216.281	Eficiente	Fechada	244	1.332	88,0	99,00
Hosp. Geral de Itapecerica da Serra	226.616	248.860	226.616	249.492	Eficiente	Fechada	212	1.210	88,0	91,00
Hosp. Estadual João Paulo II	14.880	15.506	14.760	15.402	Eficiente	Fechada	57	390	22,0	23,00
Hosp. Estadual de Santo André	285.230	305.128	241.903	251.681	Eficiente	Fechada	274	1.933	122,0	140,00
Hosp. Estadual de Bauru	-	-	367.544	447.657	Eficiente	Fechada	282	1.294	0	121,00
Hosp. Estadual de Sapopemba	85.464	159.515	69.024	101.917	Ineficiente	Fechada	225	1.308	87,0	99,00
Hosp. Geral de Itapeví	81.696	84.400	82.368	89.540	Ineficiente	Fechada	254	1.205	84,0	91,00
Hosp. Estadual de Fco. da Rocha	42.955	56.757	52.428	59.069	Ineficiente	Fechada	85	564	56,0	59,00
Hosp. Estadual de Fco. Morato	37.080	49.792	38.068	49.049	Ineficiente	Fechada	109	508	47,0	53,00

(*) Em milhares de reais

5. CONCLUSÃO

A gestão por resultados estabelecida entre o Governo do Estado de São Paulo e as Organizações Sociais de Saúde por meio do contrato de gestão institui uma parceria de médio prazo. O principal se utiliza de diversos mecanismos de fiscalização e monitoramento para acompanhar as atividades do agente em relação ao desempenho, que é analisado com base nas especificações do contrato e o agente deve suprir o principal com evidências que comprovem o desempenho favorável do contrato de gestão.

Conforme apontado na revisão de literatura a entrega de serviço público sendo realizada por entidades sem fins lucrativos sob a chamada contratualização baseada em desempenho, pressupõe uma gestão com foco em resultados pré-determinados entre as partes em que os pagamentos são atrelados ao atingimento das metas propostas em contrato. Assim, considerando os dados de estrutura dos hospitais, tais como: quantidade de leitos operacionais, quantidade de funcionários incluindo administrativo, médicos e enfermeiros e número de equipamentos de diagnósticos por imagem (*inputs*), juntamente com a quantidade de serviços assistenciais anualmente executado para cada hospital (*outputs*), obtivemos por meio da Análise Envoltória de Dados a eficiência técnica dos hospitais.

Deste modo, a presente pesquisa tinha como objetivo responder ao seguinte problema: *Qual a relação estabelecida por meio da eficiência técnica, entre o desempenho do contrato de gestão e os indicadores econômicos financeiros dos hospitais gerais administrados por organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo?*

O principal objetivo desta pesquisa foi analisar o desempenho dos contratos de gestão celebrados entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Organizações Sociais de Saúde que administram os hospitais gerais no Estado de São Paulo e identificar por meio da eficiência técnica dos hospitais a relação com a situação econômico-financeira das entidades.

Dado que a eficiência técnica permite identificar a capacidade dos hospitais em produzirem o máximo de resultados com menor quantidade de insumos, e estes resultados (*outputs*) são provenientes do principal componente de execução do contrato de gestão (quantidade de serviços assistenciais realizados), com a segregação dos hospitais gerais de acordo com a eficiência técnica, a seguinte hipótese foi testada: os *hospitais gerais classificados como eficientes apresentam melhores resultados econômico-financeiros, analisados com base nas demonstrações contábeis.*

Para responder à questão de pesquisa e atingir o objetivo geral, foram elaborados cinco objetivos específicos, e com base nos dados investigados é possível depreender se os objetivos foram atingidos.

O **primeiro** objetivo específico desta pesquisa foi de analisar o cumprimento das cláusulas contratuais que versam sobre metas quantitativas e qualitativas incluindo incentivos e sanções.

A análise do desempenho do contrato de gestão buscou identificar o cumprimento pelo agente das especificações do contrato verificados com base na execução das metas de produção e de qualidade. O resultado aponta para significativas alterações entre a produção assistencial contratada e realizada pelos hospitais, com destaque para o excesso de produção observado em mais de 70% dos hospitais da amostra, por períodos seguidos (2012 e 2013).

Os resultados revelam que os mecanismos de incentivo atrelados aos indicadores de qualidade operam de forma precária, pois com base na análise realizada de forma dicotômica (sim e não), diversos hospitais não alcançaram a meta de qualidade pré-estabelecida e negociada no contrato de gestão, no entanto por meio de justificativas direcionadas à DRS, o descumprimento não foi considerado, não acarretando assim desconto financeiro.

Conforme estudo realizado por Girth (2014), apesar dos gestores públicos estabelecerem penalidades no contrato em decorrência de desempenho insatisfatório, nem sempre são aplicadas. Os resultados do estudo de Girth (2014) indicam que gestores públicos tem maior probabilidade de aplicar as penalidades quanto o monitoramento não é constante e quando existe uma certa independência do contratado na prestação do serviço. As evidências apresentadas nesta pesquisa corroboram com estas afirmações, pois, a SES efetua constante monitoramento e a prestação de serviço está substancialmente delegada à OSS, indicando certa dependência. Assim atribuir sanções com severidade pode prejudicar a relação já consolidada entre as partes e consequentemente interferir na prestação de serviços.

O monitoramento, ou seja, o acompanhamento da execução contratual é realizado pela SES por meio da CGCSS. Mensalmente e trimestralmente relatórios de acompanhamento são emitidos evidenciando um monitoramento constante e tempestivo quanto ao desempenho da OSS e em especial do próprio contrato de gestão. No entanto, o instrumento contratual não desempenha sua função com excelência, pois as metas contratadas são comumente extrapoladas pelos hospitais evidenciando falta de adequação à demanda local, em especial para serviços assistenciais de internação em obstetrícia, ortopedia e cardiologia, para atendimentos de urgência e atendimentos ambulatoriais. As evidências apresentadas neste estudo permitem questionar a efetividade do monitoramento constante realizado pela CGCSS junto às OSS, pois

se este ocorre mensalmente, e o hospital segue registrando excesso de demanda, em algum momento deveria ocorrer um ajuste efetivo nas metas de produção para refletir a realidade, isto é um redirecionamento de políticas e objetivos.

As atribuições do principal também foram analisadas no item de subvenção governamental, e o resultado indica que praticamente todos os hospitais receberam os valores de repasse financeiro mensalmente, de acordo com as cláusulas estabelecidas nos contratos e aditivos firmados entre a OSS e SES. Esta análise refere-se ao **segundo** objetivo específico que buscou avaliar o cumprimento em relação ao repasse de recursos públicos (subvenção governamental) para às OSS e identificar a conformidade com o estabelecido no contrato de gestão.

O **terceiro** objetivo específico foi analisar o percentual da verba de custeio gasto com recursos humanos e identificar a conformidade com o limite pré-estabelecido no contrato de gestão. O resultado indica que o total de despesas com pessoal realizado por alguns hospitais atingem o limite máximo estabelecido no contrato, no entanto não há sanções definidas e o monitoramento deste item indica ser um controle para cumprir formalidades do contrato. Com isto posto e com base nas análises realizadas é possível fazer algumas inferências em relação ao gasto com recursos humanos realizado pelos hospitais. Utilizando as análises apresentadas nas Tabelas 76 e 77, seria razoável pressupor que os hospitais gerais que apresentaram os menores percentuais de comprometimento da receita com gastos com pessoal, indicariam um melhor desempenho econômico-financeiro, assumindo que estas entidades não estariam tão sobrecarregadas com despesas de folha de pagamento, obrigações trabalhistas, entre outros. No entanto, a efetiva análise dos indicadores econômico-financeiros apresentados na Tabelas 85 e 86 contradizem essa suposição e o motivo deve-se ao fato da SES considerar como despesas com pessoal apenas os gastos realizados com funcionários próprios. Isto é, conforme evidências obtidas por meio das demonstrações financeiras dos hospitais gerais é possível depreender que as despesas com serviços médicos prestados por terceiros não são computadas nesta análise da SES. Fato relevante, pois se referem também a despesas com custeio e são necessárias para a manutenção das atividades na unidade hospitalar e na prestação de serviço. Deste modo, não entrando no mérito da discussão jurídica do que determina a lei quanto ao percentual gasto com pessoal, este limite percentual estabelecido em contrato não reflete adequadamente a efetiva despesa realizada pelos hospitais gerais.

Considerando os itens de execução do contrato de gestão analisados, de modo geral, o resultado indica o cumprimento das especificações do contrato por parte dos hospitais gerais e do Governo do Estado de São Paulo por meio da Secretaria de Estado da Saúde e é possível

afirmar que existe compreensão mútua dos direitos e obrigações de cada parte envolvida no contrato de gestão.

O **quarto** objetivo da pesquisa foi analisar os indicadores econômico-financeiros dos hospitais gerais e avaliar a capacidade da entidade em cumprir seus compromissos financeiros e garantir a continuidade da operação nos períodos seguintes.

Em relação a estes indicadores os resultados apontam para uma significativa fragilidade dos hospitais gerais administrados por OSS, pois registram elevados índices de endividamento, dependência de capital de terceiros, patrimônio social negativo e rentabilidade negativa.

Algumas características dos hospitais gerais são interessantes, como os repasses financeiros representam praticamente toda a receita do hospital e apesar de serem organizações sem fins lucrativos, os resultados econômico-financeiros contradizem a premissa da continuidade, indicando que a entidade está em operação e irá assim se manter por um futuro previsível (Comitê de Pronunciamentos Contábeis, 2011). Vale ressaltar que os hospitais gerais atuam em um contexto complexo e existem elementos não financeiros que podem impactar o desempenho econômico e financeiro das entidades, tais como localização, tamanho da entidade, prazo de contratualização e a própria gestão realizada pela OSS.

A análise da eficiência técnica identificou que em 2012 47% dos hospitais foram considerados eficientes e 61% no ano de 2013, índice relativamente baixo indicando a reduzida capacidade das entidades em gerar resultado. Vale considerar que um dos principais objetivos da contratualização apontado no PDRAE era o ganho de eficiência, flexibilidade na gestão e qualidade dos serviços em relação aos hospitais públicos geridos pela Administração Direta.

Apesar de não ser possível generalizar o resultado, para quatro indicadores econômico-financeiros (PCT, CE, LC e LI) pode-se afirmar que os hospitais gerais eficientes apresentam melhores resultados analisados com base nas demonstrações contábeis. O teste de hipótese foi parcialmente aceito, isto porque conclui-se que não foram em todos os casos que os hospitais eficientes apresentaram, com base na mediana, melhores indicadores econômicos financeiros.

O **quinto** objetivo específico buscou identificar por meio da matriz de correlação de Pearson a correlação entre as variáveis explicativas de desempenho do contrato de gestão e indicadores econômico-financeiros. A matriz de correlação indica que existe uma correlação fraca e moderada entre o desempenho e os indicadores, evidenciando que a variação na produção assistencial do hospital geral afeta parcialmente a situação econômico-financeiros da entidade.

Assim, considerando o atingimento dos objetivos específicos pode-se afirmar que o objetivo geral também foi atingido, e a hipótese de pesquisa, parcialmente aceita. Isto porque o

resultado aponta que com base na execução contratual, a produção assistencial anual realizada pelos hospitais gerais é o principal componente do contrato de gestão que se relaciona com os indicadores econômico-financeiros.

O processo de contratualização entre o Estado de São Paulo e as OSS analisado no presente trabalho, refletiu uma amostra não somente do desempenho do instrumento contratual, mas também dos desafios enfrentados pela Administração Pública, na gestão e monitoramento dos contratos, e pelas entidades sem fins lucrativos, ao se responsabilizarem pela provisão de serviços públicos.

O contrato de gestão apresenta diversas fragilidades, pois, apesar de retratar com clareza no desenho do contrato os papéis e responsabilidade das partes envolvidas no acordo, determinar as metas a serem alcançadas e as formas de monitoramento, na especificação do contrato a quantidade contratada não representa a real meta dos hospitais. Frequentemente, no decorrer do período de contratação, as metas de produção assistencial são extrapoladas pelos hospitais gerais sem associação de incentivos financeiros, evidenciando a falta de assertividade, coerência e alinhamento com a realidade que o documento contratual deveria exercer.

5.1. Implicações do estudo

A presente pesquisa demonstrou como ocorre o desempenho do contrato de gestão celebrado entre a SES e as Organizações Sociais de Saúde que administram os hospitais gerais no Estado de São Paulo e a relação com os indicadores econômico-financeiros. As implicações deste estudo podem ser úteis para os seguintes interessados:

Organizações Sociais de Saúde – os resultados contribuem para identificar características do contrato de gestão quanto a produção, indicadores de qualidade, repasse financeiro (subvenção governamental), bem como eficiência e situação econômico-financeiras das unidades hospitalares e permite a realização de análise comparativas frente às outras OSS.

Secretaria de Estado da Saúde - fornece evidências quanto ao desempenho do contrato de gestão das OSS analisado principalmente sob a perspectiva do prestador de serviço e a situação econômico financeiro das unidades de saúde contratualizadas. Uma importante constatação refere-se a discrepância entre as quantidades contratadas e realizadas quanto a produção assistencial em internação, hospital dia e cirurgia ambulatorial, atendimentos de urgência, atendimentos ambulatoriais e exames SADT, podendo os resultados apresentados propiciar alterações nas metas refletindo melhor a demanda local e capacidade hospitalar.

Em adição comprovou-se que os dados públicos divulgados relativos à execução do contrato de gestão são demasiadamente agrupados não permitindo análises específicas e promoção do controle social, assim como difícil de serem obtidos por fontes oficiais do Estado. Os resultados apontam também para questionamentos acerca da consistência e coerência na gestão e monitoramento realizado pela SES. Assim este trabalho pode auxiliar na melhoria do acesso e da qualidade informacional divulgada ao público em geral, objetivando maior transparência na gestão.

Pesquisadores – este trabalho demonstrou um aspecto de desempenho do contrato de gestão no processo de contratualização que não é muito explorado na literatura, assim é possível dizer que essa pesquisa contribuiu para auxiliar pesquisadores fornecendo informações acerca do processo de contratualização da SES com as organizações de sociais de saúde. Oferece também evidências acerca do investimento de recursos públicos empregados na saúde e sua efetiva utilização, as flexibilidades contratuais e aplicação dos mecanismos de incentivo.

REFERÊNCIAS

Abramson, W. B. (2001). Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica. *Health Policy and Planning*, *16*(4), 404–411.

Akerlof, G. A. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, *84*(3), 488–500. http://doi.org/10.2307/1879431

Amagoh, F. (2009). Information asymmetry and the contracting out process. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, *14*(2), 1–14.

Amirkhanyan, A. A. (2010). Monitoring across Sectors: Examining the Effect of Nonprofit and For-Profit Contractor Ownership on Performance Monitoring in State and Local Contracts. *Public Administration Review*, *70*(5), 742–755.

Amirkhanyan, A. A., Kim, H. J., & Lambright, K. T. (2012). Closer Than "Arms Length" Understanding the Factors Associated With Collaborative Contracting. *The American Review of Public Administration*, *42*(3), 341–366.

Aparecida, L. P., Souza, A. A., & Gervásio, L. R. (2014). Análise das demonstrações financeiras de três hospitais brasileiros em um período de cinco anos. In *V Congresso Nacional de Administração e Ciências Contábeis-AdCont*.

Appuhami, R., Perera, S., & Perera, H. (2011). Management Controls in Public–Private Partnerships: An Analytical Framework. *Australian Accounting Review*, *21*(1), 64–79.

Aristigueta, M. P., & Foote, L. R. (2009). The Use of Performance Contracts for Delivery of Social Services in the United States. *Theoretical and Applied Economics*, *3*(3), 3.

Assaf Neto, A. (2012). *Estrutura e análise de balanços: um enfoque econômico-financeiro*. São Paulo: Atlas.

Barbosa, E. C. (2013). 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, *2*(2), 85–102.

Bazzoli, G. J., Chan, B., Shortell, S. M., & Aunno, T. D. (2000). The financial performance of hospitals belonging to health networks and systems The Financial Performance of Hospitals Belonging to Health Networks and Systems. *Inquiry*, *252*(Fall), 234–252.

Behn, R. D., & Kant, P. a. (1999). Strategies for avoiding the pitfalls of performance contracting. *Public Productivity & Management Review*, *22*(4), 470–489. http://doi.org/10.2307/3380931

Bergen, M., Dutta, S., & Walker Jr, O. (1992). Agency Relationships in Marketing: A Review of the Implications and Applications of Agency and …. *Journal of Marketing*, *56*(3), 1–24. http://doi.org/10.2307/1252293

Black, J., Hashimzade, N., & Myles, G. (2009). *A Dictionary of Economics*. Oxford: Oxford University Press. Retrieved from http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199237043.001.0001/acref-9780199237043-e-3872

Bowman, W. (2011). Financial capacity and sustainability of ordinary nonprofits. *Nonprofit Management and Leadership*, *22*(1), 37–51.

Bresser-Pereira, L. C. (2008). O modelo estrutural de gerência pública. *Revista de Administração Pública*, *42*(2), 391–410.

Brinkerhoff, J. M., & Brinkerhoff, D. W. (2002). Government-nonprofit relations in comparative perspective. *Public Administration and Development*, *22*(1), 3–18.

Brown, T. L., & Potoski, M. (2003). Managing contract performance: A transaction costs approach. *Journal of Policy Analysis and Management*, *22*(2), 275–297.

Brown, T. L., Potoski, M., & Van Slyke, D. M. (2006). Managing public service contracts: Aligning values, institutions, and markets. *Public Administration Review*, *66*(3), 323–331.

Brudney, J. L., Fernandez, S., Ryu, J. E., & Wright, D. S. (2005). Exploring and explaining contracting out: Patterns among the American states. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *15*(3), 393–419.

Caers, R., Bois, C. Du, Jegers, M., Gieter, S. de, Schepers, C., & Pepermans, R. (2006). Principal-agent relationships on the stewardship-agency axis. *Nonprofit Management and Leadership*, *17*(1), 25–47.

Chang, H.-H. (1998). Determinants of hospital efficiency: the case of central government-owned hospitals in Taiwan. *Omega*, *26*(2), 307–317.

Charnes, A., Cooper, W. W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, *2*(6), 429–444.

Chirikos, T. N., & Sear, A. M. (2000). Measuring hospital efficiency: a comparison of two approaches. *Health Services Research*, *34*(6), 1389.

Comitê de Pronunciamentos Contábeis. (2010). *Pronunciamento Técnico CPC 07: Subvenção e Assistência Governamentais*. CVM. Retrieved from http://www.cpc.org.br/CPC/Documentos-Emitidos/Pronunciamentos/Pronunciamento?Id=38

Comitê de Pronunciamentos Contábeis. (2011). *Estrutura Conceitual para Elaboração e Divulgação de Relatório Contábil-Financeiro*. CVM.

Conselho Federal de Contabilidade. (2012). Resolução CFC nº 1.409/2012, de 18 de abril de 2012. *Normas Brasileiras de Contabilidade-ITG*. Retrieved from http://www.crcsp.org.br/portal_novo/legislacao_contabil/resolucoes/Res877.htm

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2011). *Gestão do trabalho e da educação na saúde* (Vol. 9). Brasília: CONASS.

Costa, L. G. T. A., Limeira, A. F. F., Gonçalves, H. M., & Carvalho, U. T. (2010). *Análise econômico-financeira de empresas*. Rio de Janeiro: FGV.

Cunha, F., Souza, A. A., & Ferreira, C. (2014). Análise do Endividamento de Hospitais Filantrópicos. In *XVII SEMEAD - Seminários em Administração*. São Paulo: USP.

Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, S., & Röhrling, G. (2014). Efficiency, ownership, and financing of hospitals: The case of Austria. *Health Care Management Science*, *17*(4), 331–347.

De Lima Neto, L. (2011). Análise da situação econômico-financeira de hospitais. *Mundo Da Saude*, *35*(3), 270–277.

DeHoog, R. H. (1990). Competition, Negotiation, or Cooperation Three Models for Service Contracting. *Administration & Society*, *22*(3), 317–340.

Di Giacomo, W. Á. (2012). O New Public Management no Canadá e a gestão pública contemporânea. *Interfaces Brasil/Canadá*, *5*(1 e 2), 155–170.

Domberger, S., & Hensher, D. (1993). On the performance of competitively tendered, public sector cleaning contracts. *Public Administration*, *71*(3), 441–454.

Domberger, S., & Jensen, P. (1997). Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects. *Oxford Review of Economic Policy*, *13*(4), 67–78.

Donadone, J. C. (2014). A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. *Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos*, *2014*(59), 69–98.

Dyson, R. G., Allen, R., Camanho, A. S., Podinovski, V. V, Sarrico, C. S., & Shale, E. A. (2001). Pitfalls and protocols in DEA. *European Journal of Operational Research*, *132*(2), 245–259.

Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *Academy of Management Review*, *14*(1), 57–74.

Elyasiani, E., Mehdian, S., & Rezvanian, R. (1994). An empirical test of association between production and financial performance: the case of the commercial banking industry.

Applied Financial Economics, *4*(1), 55–60.
Falconer, A. P. (1999). *A promesa do Terceiro Setor: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão*. São Paulo: FEA-USP.
Fatheazam, S. (1992). Empresas hospitalares na Região Metropolitana de São Paulo: uma análise econômico-financeira (1987-1990). *Revista de Administração de Empresas*, *32*(1), 32–42.
Fernandez, S. (2007). What works best when contracting for services? An analysis of contracting performance at the local level in the US. *Public Administration*, *85*(4), 1119–1141.
Fernandez, S. (2009). Understanding Contracting Performance An Empirical Analysis. *Administration & Society*, *41*(1), 67–100.
Fischer, R. M., & Falconer, A. P. (1998). Desafios da parceria governo e terceiro setor. *Revista de Administração*, *33*(1), 12–19.
Flach, L., & Gonçalves, C. V. (2013). Accountability e análise da conformidade das demonstrações financeiras de uma organização do terceiro setor de Florianópolis. *Desenvolve Revista de Gestão Do Unilasalle*, *2*(2), p–69.
França, J. A. (Ed.). (2015). *Manual de procedimentos para o Terceiro Setor: aspectos de gestão e de contabilidade para entidades de interesse social*. Brasília: CFC: FBC: Profis. Retrieved from http://portalcfc.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2013/01/Miolo_MTS_web.pdf
Fryer, K., Antony, J., & Ogden, S. (2009). Performance management in the public sector. *International Journal of Public Sector Management*, *22*(6), 478–498.
Girth, A. M. (2014). A closer look at contract accountability: Exploring the determinants of sanctions for unsatisfactory contract performance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *24*(2), 317–348.
Gonçalves, A. C., Noronha, C. P., Lins, M. P. E., & Almeida, R. M. V. R. (2007). Análise Envoltória de Dados na avaliação de hospitais públicos nas capitais brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, *41*(3), 427–435.
Grosskopf, S., & Valdmanis, V. (1987). Measuring hospital performance: A non-parametric approach. *Journal of Health Economics*, *6*(2), 89–107.
Hall, C., & Rimmer, S. (1994). Performance monitoring and public sector contracting. *Australian Journal of Public Administration*, *53*(4), 453–461.
Hendriksen, E. S., & Breda, M. F. V. (1999). *Teoria da contabilidade*. São Paulo: Atlas.
Hendriksen, E. S., & Breda, M. F. V. (2014). *Teoria da contabilidade*. São Paulo: Atlas.
Hofmarcher, M. M., Paterson, I., & Riedel, M. (2002). Measuring hospital efficiency in Austria–a DEA approach. *Health Care Management Science*, *5*(1), 7–14.
Hussey, P. S., De Vries, H., Romley, J., Wang, M. C., Chen, S. S., Shekelle, P. G., & McGlynn, E. A. (2009). A systematic review of health care efficiency measures. *Health Services Research*, *44*(3), 784–805.
Ibañez, N., & Vecina Neto, G. (2007). Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*, *12*, 1831–1840.
Iudícibus, S. (1998). Análise de balanços: análise da liquidez e do endividamento; análise do giro, rentabilidade e alavancagem financeira. *São Paulo, Atlas*.
Iudícibus, S. (2009). *Teoria da contabilidade*. São Paulo: Atlas.
Iudícibus, S., Martins, E., & Carvalho, L. N. (2005). Contabilidade: aspectos relevantes da epopéia de sua evolução. *Revista Contabilidade & Finanças*, *16*(38), 7–19.
Jacobs, R. (2001). Alternative methods to examine hospital efficiency: data envelopment analysis and stochastic frontier analysis. *Health Care Management Science*, *4*(2), 103–115.
Jehu-Appiah, C., Sekidde, S., Adjuik, M., Akazili, J., Almeida, S. D., Nyonator, F., …

Kirigia, J. M. (2014). Ownership and technical efficiency of hospitals: evidence from Ghana using data envelopment analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, *12*(1).

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, *3*(4), 305–360.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1979). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs, and ownership structure. In *Economics social institutions* (pp. 163–231). Springer.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (2008). Teoria da firma: comportamento dos administradores, custos de agência e estrutura de propriedade. *Revista de Administração de Empresas*, *48*(2), 87–125.

Jing, Y. (2012). From Stewards to Agents? Intergovernmental Management of Public-Nonprofit Partnerships in China. *Public Performance & Management Review*, *36*(2), 230–252.

Julnes, P. D. L. (2006). Performance measurement an effective tool for government accountability? The debate goes on. *Evaluation*, *12*(2), 219–235.

Junior, N. C., & Elias, P. E. (2003). A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, *37*(2), 201–226.

Kassai, S. (2002). *Utilização da análise por envoltória de dados (DEA) na análise de demonstrações contábeis* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo. Retrieved from http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-11122002-092458/pt-br.php

Kavaliauskaite, V., & Jucevicius, R. (2010). Readiness of public institutions for contracting. *Economics and Management*, *15*(1), 587–596.

Lagarde, M., & Palmer, N. (2009). The impact of contracting out on health outcomes and use of health services in low and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*, *4*. http://doi.org/10.1002/14651858.CD008133

Lambright, K. T. (2009). Agency theory and beyond: Contracted providers' motivations to properly use service monitoring tools. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *19*(2), 207–227.

Lawrence, M. L., & Kettner, P. M. (1996). Measuring the Performance of Human Service Programs. California: SAGE Publication.

Lei Complementar n° 1.095, de 18 de setembro de 2009. (2009). *Dispõe sobre a qualificação como organizações sociais das fundações e das entidades que especifica*. Brasilia: Diário Oficial da União.

Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. (1998). *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais*. Brasilia: Diário Oficial da União.

Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*. Brasilia: Diário Oficial da União. Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998. (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*. Brasilia: Diário Oficial da União. Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm

Lei nº 11.638, de 28 de dezembro de 2007. (2007). *Altera e revoga dispositivos da Lei no 6.404, de 15 de dezembro de 1976, e da Lei no 6.385, de 7 de dezembro de 1976, e estende às sociedades de grande porte disposições relativas à elaboração e divulgação de demonstrações financeiras.* Brasília: Diário Oficial da União.

Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. (1976). *Dispõe sobre as Sociedades por Ações.*

Brasília: Diário Oficial da União.
Liu, X., Hotchkiss, D., Bose, S., & Bitran, R. (2004). *Contracting Out for Primary Health Services: Evidence of Its Effects and a Framework for Evaluation*. *PHRPlus Project (USAID)*. Bethesda Maryland Abt Associates Partners for Health Reform Plus Project 2004 Sep. Retrieved from http://www.phrplus.org
Liu, X., Hotchkiss, D. R., & Bose, S. (2008). The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence. *Health Policy and Planning*, *23*(1), 1–13.
Lopes, A. B., & Martins, E. (2007). *Teoria da contabilidade: uma nova abordagem*. Atlas.
Lu, J. (2015). The Performance of Performance-Based Contracting in Human Services: A Quasi-Experiment. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *26*. http://doi.org/10.1093/jopart/muv002
Magnussen, J. (1996). Efficiency measurement and the operationalization of hospital production. *Health Services Research*, *31*(1), 21.
Martin, L. L. (1999). Performance contracting: Extending performance measurement to another level. *Public Administration Times*, *22*(1-2), 1–8.
Martin, L. L. (2000). Performance contracting in the human services: An analysis of selected state practices. *Administration in Social Work*, *24*(2), 29–44.
Martin, L. L. (2005). Performance-based contracting for human services: Does it work? *Administration in Social Work*, *29*(1), 63–77.
Martin, L. L. (2007). Performance - Based Contracting for Human Services: a Proposed Model. *Public Administration Quarterly*, *31*(1/2), 130–158.
Martins, E., Diniz, J. A., & Miranda, G. J. (2012). Análise avançada das demonstrações contábeis: uma abordagem crítica. *São Paulo: Atlas*.
Martins, E., Miranda, G. J., & Diniz, J. A. (2014). Análise didática das demonstrações contábeis. *São Paulo: Atlas*.
Masiye, F. (2007). Investigating health system performance: an application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. *BMC Health Services Research*, *7*(1), 1.
Matarazzo, D. (2010). Análise de balanços: abordagem gerencial. São Paulo: Atlas.
Mills, A., & Broomberg, J. (1998). Experiences of Contracting Health Services : an Overview of the Literature. *Health Economics and Financing Programme*, *1*(33), 1–59.
Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. (1995). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasilia: Câmara da Reforma do Estado. Retrieved from http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf
Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. (1998). *Cadernos MARE da Reforma do Estado: Organizações Sociais* (5th ed., Vol. 2). Brasilia: Secretaria da Reforma do Estado.
Ministério da Saúde. (1985). *Terminologia Básica em Saúde* (2nd ed.). Brasilia: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
Nayar, P., & Ozcan, Y. A. (2008). Data envelopment analysis comparison of hospital efficiency and quality. *Journal of Medical Systems*, *32*(3), 193–199.
Organisation for Economic Co-operation and Development. (2011). *Contracting Out Government Functions and Services in Post-conflicts and Fragile States: Examples from the Health Sectos in Latin America and the Caribbean.* OECD. http://doi.org/http://doi.org/10.1787/9789264066212-en
Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura. (2011). *Aborgagem de Programa, GEstão e Monitoramento por Resultados (RBM), aplicada pela UNESCO: princípios norteadores*. Paris: UNESCO.
Preker, A. S., Harding, A., & Travis, P. (2000). Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and

organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization*, *78*(6), 779–790.
Prentice, C. R. (2015). Why So Many Measures of Nonprofit Financial Performance? Analyzing and Improving the Use of Financial Measures in Nonprofit Research. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, *forthcomin*, 1–26. http://doi.org/10.1177/0899764015595722
Ramos, F. M., & Klann, R. C. (2015). Qualidade da Informação Contábil das Entidades Brasileiras do Terceiro Setor. *FutureJournal*, *7*(1), 3–32. Retrieved from http://www.revistafuture.org/FSRJ/article/view/177
Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2003). Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In I. M. Beuren (Ed.), *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática* (Vol. 3, pp. 76–97). Atlas São Paulo.
Romzek, B. S., & Johnston, J. M. (2002). Effective contract implementation and management: A preliminary model. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *12*(3), 423–453.
Romzek, B. S., & Johnston, J. M. (2005). State social services contracting: Exploring the determinants of effective contract accountability. *Public Administration Review*, *65*(4), 436–449.
Salamon, L. (1998). A emergencia do terceiro setor - uma revolução associativa global. *Revista de Administração*, *33*(1), 5–11.
Salamon, L. M., & Anheier, H. K. (1992). In search of the non-profit sector. I: The question of definitions. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, *3*(2), 125–151.
Sampieri, R. H., Collado, C. H., Lucio, P. B., Murad, F. C., & Garcia, A. G. Q. (2013). *Metodologia de pesquisa*. McGraw Hill.
Sano, H., & Abrucio, F. L. (2008). Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, *48*(3), 64–80. http://doi.org/http://doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007
Saz-Carranza, A., & Serra, A. (2009). Institutional sources of distrust in government contracting: A comparison between home-based and residential social services in Spain. *Public Management Review*, *11*(3), 263–279.
Scales, B. (1997). Performance Monitoring Public Services in Australia. *Australian Journal of Public Administration*, *56*(1), 100–109.
Schepker, D. J., Oh, W.-Y., Martynov, A., & Poppo, L. (2014). The many futures of contracts moving beyond structure and safeguarding to coordination and adaptation. *Journal of Management*, *40*(1), 193–225.
Scott, W. R. (2014). *Financial accounting theory* (7th ed.). Toronto: Pearson Education.
Selviaridis, K., & Wynstra, F. (2015). Performance-based contracting: a literature review and future research directions. *International Journal of Production Research*, *53*(12), 3505–3540.
Sherman, H. D. (1984). Hospital efficiency measurement and evaluation: Empirical test of a new technique. *Medical Care*, *22*(10), 922–938.
Shetterly, D. R. (2000). The Influence of Contract Design on Contractor Performance: The Case of Residential Refuse Collection. *Public Performance & Management Review*, *24*(1), 53–68.
Silva, A. C. R. (2003). *Metodologia da pesquisa aplicada à contabilidade: orientações de etudos, projetos, artigos, relatórios, monografias, dissertações, teses*. São Paulo: Atlas.
Silva, E. M. F., & Aguiar, M. T. (2001). Terceiro Setor–Buscando uma conceituação. *Cadernos Fundata*. Retrieved from http://www.fundata.org.br/Artigos - Cefeis/06 - TERCEIRO SETOR - BUSCANDO UMA CONCEITUA%C3%87%C3%83O.pdf

Slomski, V., Rezende, A. J., Cruz, C. V., & Olak, P. A. (2012). *Contabilidade do Terceiro Setor: uma abordagem operacional aplicável às associações, fundações, partidos políticos e organizações religiosas*. Editora Atlas SA.

Souza, A. A., Avelar, E. A., Tormin, B. F., & Silva, E. A. (2014). Análise financeira e de desempenho em hospitais públicos e filantrópicos brasileiros entre os anos de 2006 a 2011. *FACEF Pesquisa -Desenvolvimento E Gestão*, *17*(1).

Souza, A. A., Avelar, E., Silva, E. A., Tormin, B., & Gervásio, L. (2015). Uma Análise Financeira dos Hospitais Brasileiros entre os Anos de 2006 a 2011. *Sociedade, Contabilidade E Gestão*, *9*(3).

Souza, A. A., Lara, C. O., Neves, A. P. T. P., & Moreira, D. R. (2010). Indicadores de Desempenho para Hospitais: Análise a partir dos dados divulgados para o público em geral. In *10º Congresso USP de Controladoria e Contabilidade* (pp. 1–15). São Paulo: Universidade de São Paulo.

Sunder, S. (2014). *Teoria da Contabilidade e Controle*. South Carolina: Atlas.

Takamatsu, R. T., & Lamounier, W. M. (2006). A importância da atualização monetária de valores para a análise das demonstrações financeiras. *Contabilidade Vista & Revista*, *17*(2), 67–87.

Theóphilo, C. R., & Martins, G. de A. (2009). Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. *São Paulo: Atlas*, *2*, 104–119.

Tibério, A. A., Souza, E. M., & Sarti, F. M. (2010). Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. *Saúde E Sociedade*, *19*(3), 557–568.

Trivelato, P. V., Soares, M. B., Rocha, W. G., & Faria, E. R. (2015). Avaliação da eficiência na alocação dos recursos ecônomicos financeiros no âmbito hospitalar. *RAHIS*, *12*(4).

Trosa, S. (2010). *Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete*. São Paulo: Revan.

Van Slyke, D. M. (2003). The mythology of privatization in contracting for social services. *Public Administration Review*, *63*(3), 296–315.

Van Slyke, D. M. (2007). Agents or stewards: Using theory to understand the government-nonprofit social service contracting relationship. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *17*(2), 157–187.

Varela, P. S., Martins, G. A., & Fávero, L. P. L. (2012). Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. *Revista de Administração*, *47*(4), 624–637.

Varela, P. S., & Pacheco, R. S. V. M. (2012). Federalismo e Gastos em Saúde: competição e cooperação nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo/Federalism and Health Expenditures: competition and cooperation in the Metropolitan Region of São Paulo. *Revista Contabilidade & Finanças*, *23*(59), 116.

Watkins, A. L. (2000). Hospital financial ratio classification patterns revisited: Upon considering nonfinancial information. *Journal of Accounting and Public Policy*, *19*(1), 73–95.

Watts, R. L., & Zimmerman, J. L. (1986). *Positive accounting theory*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Wilding, R., Wagner, B., Fayezi, S., O'Loughlin, A., & Zutshi, A. (2012). Agency theory and supply chain management: a structured literature review. *Supply Chain Management: An International Journal*, *17*(5), 556–570.

Witesman, E. M., & Fernandez, S. (2012). Government Contracts With Private Organizations: Are There Differences Between Nonprofits and For-profits? *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, *42*(4), 689–715. http://doi.org/10.1177/0899764012442592

Wooldridge, J. M. (2010). *Introdução à econometria: uma abordagem moderna*. São Paulo:

Cengage Learning.
Yang, K., Hsieh, J. Y., & Li, T. S. (2009). Contracting capacity and perceived contracting performance: Nonlinear effects and the role of time. *Public Administration Review*, *69*(4), 681–696.
Younis, M. Z., Younies, H. Z., & Okojie, F. (2006). Hospital financial performance in the United States of America: a follow-up study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *12*(5), 670–678.
Zeller, T. L., Stanko, B. B., & Cleverley, W. O. (1996). A revised classification pattern of hospital financial ratios. *Journal of Accounting and Public Policy*, *15*(2), 161–181.

APÊNDICE A – Resumo das informações apresentadas no Contrato de Gestão e Termos de Retirratificação das Organizações Sociais de Saúde em parceria com a SES.

Tabela A1
Hospital Geral Doutor Francisco de Moura Coutinho Filho – Hospital Geral de Carapicuíba

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Cruzada Bandeirante São Camilo de Assistência Médico-Social	001.0500.000.113/2008

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
TA_74_201201 Contrato: CG_74_2008	26/11/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 87.012.192,71. **Especialidades médicas contratadas (22)** alergia, anestologia, cardiologia, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, endocrinologia infantil, ginecologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia infantil, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, psiquiatria, urologia, e outros. **Especialidades não médicas contratadas (05)** enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo. **Porta fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_74_201202	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 1.000.000,00		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_74_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 92.968.315.05. **Especialidades médicas contratadas (19)** alergia, anestologia, cardiologia, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia infantil, ginecologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, neurologia infantil, obstetrícia, oftalmologia e ortopedia. **Especialidades não médicas contratadas (05)** enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. **Porta fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de Informação 1. Trim 20% / 2. Trim 20% / 3.Trim 20% / 4. Trim 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados 1. Trim 10% / 2. Trim 10% / 3.Trim 10% / 4. Trim 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_74_201302	29/04/2013	Inclusão do hospital na “Estratégia de aumento do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos” conforme Portaria MS/GM nº 1.340 de 29/06/12.		
TA_74_201303	21/08/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento:** R$ 779.966,85		
TA_74_201304	14/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio:** R$ 4.000.000,00		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_74_201305	18/11/2013	Alteração do prazo de vigência dos T.As 01, 02, 03 e 04, que passam a vigorar até 30/11/2013, alterando, portanto, os prazos e valores de repasse estabelecidos no TA_74_201303 (Out – R$ 259.990,85 e Nov – R$ 259.988,00) e TA_74_201304 (Out – R$ 1.333.334,00 e Nov – R$ 1.333.333,00)		
CG_74_2013	01/12/2013	Contrato de Gestão celebrado entre as partes estabelece metas assistenciais e pagamentos de custeio e investimento para o mês de dezembro/13. **Valor de Custeio** R$ 9.080.692,00 **Valor de Investimento** R$ 2.195.800,00.		

Tabela A2
Hospital Geral de Itapevi

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Cruzada Bandeirante São Camilo de Assistência Médico-Social	001.0500.000.065/2011

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_83_2011	22/12/2011 5 anos Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 82.093.000,00. **Especialidades médicas contratadas (15)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, infectologia, neonatologia, neurologia, neurologia infantil, ortopedia, pneumologia e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (02)** nutricionista e psicólogo. **Porta fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_83_201201	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares, aquisição e instalação de nova central de ar condicionado. **Valor de Investimento** R$ 2.278.594,79.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_83_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 88.712.867,73. **Especialidades médicas contratadas (15)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, neonatologia, neurologia, neurologia infantil, obstetrícia, ortopedia, pneumologia, urologia e outros. **Especialidades não médicas contratadas (03)** enfermeiro, nutricionista e psicólogo. **Porta fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de Informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_83_201302	29/04/2013	Inclusão do hospital na “Estratégia de aumento do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos” conforme Portaria MS/GM nº 1.340 de 29/06/12.		
TA_83_201303	15/08/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 768.389,00.		
TA_83_201304	04/09/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para realização de obras e reformas. **Valor de Investimento** R$ 1.541.940,00.		
TA_83_201305	16/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 678.000,00.		

Tabela A3
Hospital Geral de Pedreira

OSS Gestora: Até fevereiro/12 – Associação Congregação Santa Catarina De março/12 em diante - Cruzada Bandeirante São Camilo de Assistência Médico-Social			**Contrato de Gestão nº:** 001.0500.000.076/2011	
Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_81000_2012	28/12/2012 Mar à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 86.391.668,00. **Especialidades médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_81000_201201	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 1.023.000,00.		
TA_81000_201202	27/11/2012	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 3.000.000,00.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_81000_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 109.060.633,00. **Especialidades médicas contratadas** cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia e ortopedia. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de Informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Atendimento às urgências.
TA_81000_201302	17/05/2013	Inclusão do hospital na "Estratégia de aumento do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos" conforme Portaria MS/GM nº 1.340 de 29/06/12.		
TA_81000_201303	15/08/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para realização de obras e reformas. **Valor de Investimento** R$ 798.843,14.		
TA_81_201304	27/08/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 999.882,10.		
TA_81000_201305	02/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para ajuste de metas assistências e reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 6.000.000,00.		

Tabela A4
Hospital Estadual " Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho" em Franco da Rocha

OSS Gestora:
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Contrato de Gestão nº:
001.500.000.073/2010

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_9049_201201 Contrato: CG_9049_2010	26/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 56.343.858,25. **Especialidades médicas contratadas (08)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, dermatologia, neurologia, ortopedia, e clínica médica. **Especialidades não médicas contratadas (04)** enfermeiro, farmacêutico, nutricionista e psicólogo. **Porta Fechada**	Serviço de atenção ao usuário Qualidade de Informação Controle de Infecção Hospitalar Análise de internações por tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_9049_201202	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 500.000,00.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_9049_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 59.273.738,88. **Especialidades médicas contratadas (08)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, dermatologia, neurologia, ortopedia, e clínica médica. **Especialidades não médicas contratadas (04)** enfermeiro, farmacêutico, nutricionista e psicólogo. **Porta Fechada**	Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados Qualidade de Informação Programa de Humanização Controle de Infecção Hospitalar Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

Tabela A5
Hospital Estadual "Professor Carlos da Silva Lacaz" de Francisco Morato

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	001.0100.000.677/2007

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
TA_82_201201 Contrato: CG_82_2008	26/12/2011 Jan à Dez/2012	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 47.000.000,00 **Especialidades médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_82_201202	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 500.000,00.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
CG_82_2012	28/12/2012 Jan à Jun/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 25.380.000,00. **Especialidades médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_82_201301	26/04/2013 Jul a Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 27.577.328,00 **Especialidades médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_82_201302	09/08/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares (Turbo Raio X para aparelho de Tomografia) **Valor de Investimento** R$ 181.484,00.		

Tabela A6
Hospital Geral "Professor Doutor Waldemar de Carvalho Pinto Filho" de Guarulhos.

OSS Gestora:
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Contrato de Gestão nº:
001.0500.000.073/2011

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
CG_655_2011	20/12/2011 Jan à Dez/2012	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 123.600.000,00. **Especialidades médicas contratadas (12)** cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia toráxica, cirurgia vascular, ginecologia, infectologia, neurocirurgia, obstetrícia, ortopedia e pediatria. **Especialidades não médicas contratadas (07)** enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, psicologia, terapia ocupacional e nutrição. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_655_201201	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 1.000.000,00.		
TA_655_201202	03/08/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para reforma e ampliação do Pronto Socorro e aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 4.402.692,00.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_655_201301	28/12/2012 Jan à Dez/2013	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 130.027.100,00. **Especialidades médicas contratadas (13)** anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia toráxica, cirurgia vascular, ginecologia, infectologia, neonatologia neurocirurgia, obstetrícia, ortopedia e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (07)** enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, psicologia, terapia ocupacional e nutrição. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_655_201302	02/09/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para realização de obras e reformas e aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 4.000.000,00.		
TA_655_201303	14/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio. **Valor de Investimento** R$ 3.000.000,00.		

Tabela A7
Hospital Geral de Itaquaquecetuba

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Casa de Saúde Santa Marcelina	001.0500.000.068/2011

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_85_2011	16/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 74.160.000,00. **Especialidades médicas contratadas (03)** cirurgia geral, neurocirurgia e ortopedia. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica 1. Trim 20% / 2. Trim 20% / 3.Trim 20% / 4. Trim 20%	- Internação, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_85_201201	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para realização de obras e reformas e aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 1.690.000,00.		
TA_85_201202	10/07/2012	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio devido ampliação da atividade ambulatorial e cirúrgica. **Valor de Custeio** R$ 860.000,00.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_85_201301	27/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 84.328.320,00. **Especialidades médicas contratadas (14)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ginecologia, mastologia, neonatologia, neurocirurgia, obstetrícia, ortopedia e otorrinolaringologia. **Especialidades não médicas contratadas (01)** fonoaudiologia. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_85_201302	12/08/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 779.763,50.		
TA_85_201303	14/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 2.000.000,00.		

Tabela A8
Hospital Geral do Itaim Paulista

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Casa de Saúde Santa Marcelina	001.0500.000.069/2011

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_86_2011	16/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 87.756.000,00. **Especialidades médicas contratadas (03)** cirurgia pediátrica, mastologia e obstetrícia. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20%	- Internação, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_86_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 93.898.920,00. **Especialidades médicas contratadas (07)** cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, ginecologia, mastologia, obstetrícia e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (03)** enfermagem, fonoaudiologia e psicologia. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_86_201302	22/05/2013	Inclusão do hospital na “Estratégia de aumento do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos” conforme Portaria MS/GM nº 1.340 de 29/06/12.		
TA_86_201303	14/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 2.000.000,00.		
TA_86_201304	26/11/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 741.611,28.		
TA_86_201305	10/12/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição e instalação de sistema de ar-condicionado do laboratório de análises clínicas. **Valor de Investimento** R$ 165.380,00.		

Tabela A9
Hospital Estadual "Valdemar Sunhiga" de Sapopemba

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo - SECONCI	001.0500.000.119/2008

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
TA_6_201201 Contrato CG_6_2008	26/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 86.520.000,00. **Especialidades médicas contratadas (08)** anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, ginecologia, mastologia, neonatologia e ortopedia. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_6_201202	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 979.900,00.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_6_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 91.019.040,00. **Especialidades médicas contratadas (09)** anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ginecologia, mastologia, neonatologia e ortopedia. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_6_201302	09/08/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para obras, reformas e readequação da unidade referente a extensão da enfermaria de clínica médica. **Valor de Investimento** R$ 1.000.000,00.		
TA_6_201303	04/09/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 981.408,00.		
TA_6_201304	14/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 1.000.000,00.		
TA_6_201305	26/11/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para obras, reformas e readequação das enfermarias de clínica médica e a criação de unidade de assistência ventilatória. **Valor de Investimento** R$ 5.022.372,03.		

Tabela A10
Hospital Estadual "Henrique Altimeyer" de Vila Alpina

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo - SECONCI	001.0500.000.143/2011

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_78_2012	27/07/2012 Ago à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 40.229.899,28. **Especialidades médicas contratadas (09)** anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ginecologia, neonatologia, neurologia e ortopedia. **Especialidades não médicas contratadas (05)** enfermagem, farmacêutico, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências,

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_78_201201	26/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 86.520.000,00. **Especialidades médicas contratadas (08)** anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, ginecologia, neonatologia e mastologia. **Especialidades não médicas contratadas (03)** enfermagem, fonoaudiologia e nutricionista. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências,
TA_78_201202	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares e instalações de infraestrutura. **Valor de Investimento** R$ 1.760.000,00.		
TA_78_201203	16/07/2012	Alteração do prazo de vigência do Termo Aditivo 01 e 02/2012, que passam a vigorar até 31 de julho de 2012.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_78_201301	23/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 97.151.758,20. **Especialidades médicas contratadas (07)** cirurgia geral, cirurgia pediátrica, ginecologia, mastologia, neurologia, obstetrícia e ortopedia. **Especialidades não médicas contratadas (03)** enfermagem, fonoaudiologia e psicologia. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências.
TA_78_201302	05/09/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 1.087.230,46.		
TA_78_201303	21/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 1.000.000,00.		

Tabela A11
Hospital Geral de Itapecerica da Serra

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo - SECONCI	001.0500.000.067/2011

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_76_2011	16/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 84.460.000,00. **Especialidades médicas contratadas (17)** cardiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, endocrinologia, fisiatria, ginecologia, infectologia, neurocirurgia, neurologia, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (05)** enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia psicologia e terapia ocupacional. **Porta Fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_76_201201	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares, adequação da área física do serviço de urgência e emergência, e realocação do ambulatório. **Valor de Investimento** R$ 4.000.000,00.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_76_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 88.971.920,00. **Especialidades médicas contratadas (16)** Cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, endocrinologia, ginecologia, neonatologia, neurologia, neurologia infantil, neurocirurgia, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia, pneumologia infantil e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (05)** enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutricionista, psicologia e terapia ocupacional. **Porta Fechada**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_76_201302	18/09/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 831.191,19.		
TA_76_201303	14/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 1.500.000,00.		
TA_76_201304[a]	05/12/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para ajuste das metas assistenciais. **Valor de Custeio** R$ 350.000,00.		

[a]Termo de Reti-Ratificação ao Contrato de Gestão não disponibilizado no Portal de Transparência do Estado de São Paulo. Publicação localizada no Diário Oficial do Estado de São Paulo de 12 de dezembro de 2013.

Tabela A12
Hospital Regional de Cotia

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo - SECONCI	001.0500.000.080/2012

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_84_2012	01/10/2012 Out à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 15.600.000.00. **Especialidades médicas contratadas (12)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, ginecologia, neonatologia, neurocirurgia, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia infantil. **Especialidades não médicas contratadas (04)** enfermagem, fonoaudiologia, nutricionista e psicologia. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_84_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 62.400.000,00. **Especialidades médicas contratadas (11)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, ginecologia, neonatologia, neurocirurgia, obstetrícia, oftalmologia e ortopedia. **Especialidades não médicas contratadas (04)** enfermagem, fonoaudiologia, nutricionista e psicologia. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_84_201302	09/08/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 874.640,73.		
TA_84_201303	14/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 1.000.000,00.		

Tabela A13
Hospital Estadual Professor Liberato John Alphonse di Dio do Grajaú

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês	001.0500.000.066/2011

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_80_2011	15/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 103.784.760,00. **Especialidades médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20%	- Internação, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_80_201201	20/01/2012	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio. **Valor de Custeio** R$ 3.500.000,00.		
TA_80_201202	22/06/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para realização de obras (reforço muro de arrimo). **Valor de Investimento** R$ 855.269,00.		
TA_80_201203	26/07/2012	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio. **Valor de Custeio** R$ 4.920.000,00.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_80_201204	30/11/2012	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 6.147.260,00.		
TA_80_201205	07/12/2012	Redução do valor de recursos orçamentários de investimento no valor de R$ 295.364,83 referente a realização de obras (reforço muro de arrimo) previsto no Termo Aditivo nr. 02/2012. **Valor de Investimento** R$ 559.904,17.		
TA_80_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 109.349.887,52. **Especialidades médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de Humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_80_201302	13/08/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 765.908,07.		
TA_80_201303	03/10/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para a modernização de subestação de instalações elétricas. **Valor de Investimento** R$ 917.099,53.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_80_201304	03/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para ajuste das metas assistenciais, repasse mensal e aporte adicional para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 10.500.000,00.		

Tabela A14
Hospital Regional de Presidente Prudente

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0500.000.006/2009

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
TA_1459_201201 Contrato: CG_1459_2009	01/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sist. de Pagamento e Anexo III – Ind. de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 98.514.350,00. **Especialidades médicas contratadas (34)** acupuntura, alergia/imunologia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular, dermatologia, endocrinologia, endocrinologia infantil, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, neurologia infantil, neurocirurgia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, pneumologia infantil, proctologia, psiquiatria, reumatologia e urologia. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_1459_201202	27/03/2012	Redução de recursos financeiros de custeio devido ao descumprimento de metas assistenciais de SADT Externo no 2º semestre/2011. **Valor de Custeio Reduzido** R$ 191.290,00.		
TA_1459_201203	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 1.000.000,00.		
TA_1459_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 104.425.211,00. **Especialidades médicas contratadas (34)** acupuntura, alergia/imunologia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, endocrinologia infantil, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, neurologia infantil, neurocirurgia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, pneumologia infantil, proctologia, psiquiatria, reumatologia e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (02)** nutricionista e psicólogo. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de Informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_1459_201302	29/04/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio devido a alteração das metas assistenciais para o ano de 2013. **Valor de Custeio** R$ 12.000.000,00.		
TA_1459_201303	04/09/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para realização de obras e reformas, aquisição de equipamentos médico-hospitalares e aquisição de equipamentos de ar-condicionado para a Farmácia Central. **Valor de Investimento** R$ 1.783.141,90.		
TA_1459_201304	10/10/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para adequação à Norma Regulamentadora – NR/17 – Ergonomia. **Valor de Investimento** R$ 49.069,56.		
TA_1459_201305	29/10/2013	Repasse de recursos financeiros de custeio devido a implantação do serviço de oncologia e alteração de metas assistenciais. **Valor de Custeio** R$ 976.000,00.		

Tabela A15
Hospital Estadual João Paulo II – São José do Rio Preto

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0500.000.191/2008

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
TA_2191_201201 Contrato: CG_2191_2008	26/11/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 22.711.500,00. **Especialidades médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Fechada**	Qualidade da informação Pesquisa de satisfação Controle de Infecção Hospitalar Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento às urgências.

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_2191_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 23.392.845,00. **Especialidades médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Especialidades não médicas contratadas** não apresenta informação no contrato. **Porta Fechada**	Qualidade da informação Programa de humanização Controle de Infecção Hospitalar Tempo médio de permanência **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento às urgências.

Tabela A16
Hospital Regional de Porto Primavera

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus	001.0100.000.590/2007

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
TA_1431_201201 Contrato: CG_1431_2007	26/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 9.888.000,00. **Especialidades médicas contratadas (07)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, ortopedia, proctologia. **Especialidades não médicas contratadas (04)** farmacêutico, fisioterapia, fonoaudiólogo e nutricionista. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
CG_1431_2012	08/12/2012 Out à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 3.240.000,00. **Especialidades médicas contratadas (09)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, medicina do trabalho, obstetrícia, ortopedia, otorrinolaringologia e pediatria. **Especialidades não médicas contratadas (03)** fisioterapia, fonoaudiólogo e nutricionista. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- - Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_1431_201301	28/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 12.960.000,00. **Especialidades médicas contratadas (07)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, ortopedia e otorrinolaringologia. **Especialidades não médicas contratadas (04)** farmacêutico, fisioterapia, fonoaudiólogo e nutricionista. **Porta Aberta**	Melhoria contínua em obstetrícia Controle de Infecção Hospitalar Qualidade de Informação **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica Programa de humanização Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_1431_201302	04/10/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para adequação das instalações do novo prédio **Valor de Investimento** R$ 410.925,99.		
TA_1431_201303	17/12/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para adequação das instalações do novo prédio **Valor de Investimento** R$ 729.381,00.		

Tabela A17
Hospital Estadual "Mário Covas" de Santo André

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Fundação do ABC	001.0500.000.040/2012

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_77_2012	25/06/2012 Jul à Dez/2012	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 60.733.176,00 para custeio e R$ 380.176,00 destinado a investimento. **Especialidades médicas contratadas (22)** anestesiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurocirurgia, oncologia, ortopedia, proctologia, psiquiatria e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (08)** enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e odontologia/buco maxilo. **Porta Fechada**	Mortalidade por IAM Controle de Infecção Hospitalar **1. Trim** 20% **2. Trim** 20% **3.Trim** 20% **4. Trim** 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia **1. Trim** 10% **2. Trim** 10% **3.Trim** 10% **4. Trim** 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica **1. Trim** 25% **2. Trim** 25% **3.Trim** 25% **4. Trim** 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_77_201201	26/12/2011 Jan à Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 121.128.000,00. **Especialidades médicas contratadas (22)** anestesiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurocirurgia, oncologia, ortopedia, proctologia, psiquiatria e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (08)** enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e odontologia/buco maxilo. **Porta Fechada**	Mortalidade por IAM Controle de Infecção Hospitalar 1. Trim 20% / 2. Trim 20% / 3.Trim 20% / 4. Trim 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia 1. Trim 10% / 2. Trim 10% / 3.Trim 10% / 4. Trim 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica 1. Trim 25% / 2. Trim 25% / 3.Trim 25% / 4. Trim 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_77_201202	27/04/2012	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 1.000.000,00.		
TA_77_201203	04/06/2012	Alteração do prazo de vigência dos Termos de Reti-ratificação 01/12 e 02/12 que passam a vigorar até 30/06/2012.		
TA_77_201204	16/10/2012	Alteração do prazo de vigência dos Termos de Reti-ratificação 01/12 e 02/12 que passam a vigorar até 30/06/2012.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_77_201203ª	04/06/2012	Repasse de recursos financeiros de custeio devido a alteração de metas assistenciais e adequação do volume de Atendimento Ambulatorial e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo - SADT Externo, para os meses de outubro à dezembro/2012. **Valor de Custeio** Não foi divulgado o valor adicional de repasse.		
TA_77_201301	01/12/2012 Jan à Dez/13	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 128.794.976,00. **Especialidades médicas contratadas (19)** anestesiologia, cardiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, geriatria, ginecologia, hematologia, mastologia, neurocirurgia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, proctologia e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (08)** enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e odontologia/buco maxilo. **Porta Fechada**	Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados Qualidade de Informação Controle de Infecção Hospitalar Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica 1. Trim 20% / 2. Trim 20% / 3.Trim 20% / 4. Trim 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Programa de humanização 1. Trim 10% / 2. Trim 10% / 3.Trim 10% / 4. Trim 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_77_201302	03/10/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para limpeza da fachada e pintura interna e externa do hospital. **Valor de Investimento** R$ 212.156,00.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_77_201303	21/10/2013	Repasse de recursos financeiros de custeio devido a alteração de metas assistenciais e adequação do volume de saídas cirúrgicas, cirurgias em regime de Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais. **Valor de Custeio** R$ 1.500.000,00.		
TA_77_201304	03/12/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 10.000.000,00.		

ªTermo de Reti-Ratificação ao Contrato de Gestão não disponibilizado no Portal de Transparência do Estado de São Paulo. Publicação localizada no Diário Oficial do Estado de São Paulo de 20 de outubro de 2012.

Tabela A18
Hospital Estadual de Bauru “Arnaldo Prado Curvello”

OSS Gestora:	**Contrato de Gestão nº:**
Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar - FAMESP	001.0500.000.079/2012

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	**Data de assinatura**	**Descrição**	**Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)**	**Serviços Contratados**
CG_1364_2012	01/11/2012 Nov e Dez/12	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2012** R$ 19.690.134,00. **Especialidades médicas contratadas (28)** alergia/ imunologia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, neurologia infantil, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, proctologia, psiquiatria, reumatologia, e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (08)** enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e ortópctica. **Porta Fechada**	Mortalidade por IAM Controle de Infecção Hospitalar 1. Trim 20% / 2. Trim 20% / 3.Trim 20% / 4. Trim 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia 1. Trim 10% / 2. Trim 10% / 3.Trim 10% / 4. Trim 10% Tempo médio de permanência Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica 1. Trim 25% / 2. Trim 25% / 3.Trim 25% / 4. Trim 25%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_1364_201301	28/12/2012 Jan à Dez/2013	Contrato de Gestão celebrado entre as partes, contendo o Anexo I – Descrição de Serviços, Anexo II – Sistema de Pagamento e Anexo III – Indicadores de Qualidade. **Valor contratualizado para 2013** R$ 118.140.804,00. **Especialidades médicas contratadas (28)** alergia/ imunologia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, neurologia infantil, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, reumatologia e urologia. **Especialidades não médicas contratadas (08)** enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e ortópctica. **Porta Fechada**	Taxa de mortalidade para procedimentos /diagnósticos selecionados Qualidade de Informação Controle de Infecção Hospitalar Taxa de cirurgia suspensa/ taxa de colecistectomia laparoscópica 1. Trim 20% / 2. Trim 20% / 3.Trim 20% / 4. Trim 20% Núcleo Hospitalar de Epidemiologia Programa de humanização 1. Trim 10% / 2. Trim 10% / 3.Trim 10% / 4. Trim 10%	- Internação, - Hospital Dia, - Cirurgia ambulatorial, - Atendimento ambulatorial, - Atendimento às urgências, - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT Externo.
TA_1364_201302	24/07/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos médico-hospitalares, ou seja, aquisição de tubo de geração de raio-x para o equipamento de hemodinâmica. **Valor de Investimento** R$ 135.044,00.		
TA_1364_201303	01/10/2013	Redução de recursos financeiros de custeio devido ao descumprimento de metas assistenciais de saídas hospitalares no 1º semestre/2013. **Valor de Custeio Reduzido** R$ 3.721.435,33.		

(continuação)

Contrato de Gestão e Termos Aditivos	Data de assinatura	Descrição	Indicadores de Qualidade (Tipo de indicador e peso)	Serviços Contratados
TA_1364_201304	14/10/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio para reequilíbrio econômico-financeiro. **Valor de Custeio** R$ 6.000.000,00.		
TA_1364_201305	24/10/2013	Repasse de recursos financeiros de investimento para implantação do “Programa Sorria Mais São Paulo”, e aquisição de equipamentos médico-hospitalares. **Valor de Investimento** R$ 493.115,10.		
TA_1364_201306	26/11/2013	Repasse adicional de recursos financeiros de custeio devido a implantação de novos leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) **Valor de Custeio** R$ 636.770,43.		

APÊNDICE B - Conciliação das quantidades contratadas e realizadas pelos hospitais gerais.

1. Cruzada Bandeirante São Camilo de Assistência Médico-Social

1.1. Hospital Geral de Carapicuíba

Tabela B1
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Carapicuíba 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	15.072	15.072	15.072	15.105	15.105	15.105
Hosp. Dia + Cirurgia Ambulatorial	2.556	2.556	2.556	3.017	3.017	3.017
Urgência	43.116	43.116	43.116	46.339	46.339	46.339
Ambulatório	105.204	105.204	105.204	113.234	113.234	113.234
SADT	21.480	21.480	21.480	22.097	22.097	22.097
Tratamento Clínico	575.489	N.D	575.489	N.D	16.424	735.693
Nefrologia	16.332	N.D	16.332	N.D	16.424	16.424
Diag. Laboratório Clínico[a]	559.157	N.D	559.157	N.D	-	719.269
TOTAL	**762.917**	**187.428**	**762.917**	**199.792**	**216.216**	**935.485**

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; N.D = Informação não divulgada neste relatório.

[a]O RTECG não apresenta a quantidade de 559.157 contratada em 2012 de SADT Externo CEAC - Diagnóstico Laboratório Clínico, conforme estabelecido no acordo TA_74_201201. O RQECG, reconhece apenas a quantidade realizada de 16.424 referente ao Tratamento em Nefrologia para Tratamento Clínico. Visto que os relatórios da SES não divulgam as quantidades executadas em tratamento clínico, foi considerada a quantidade executada divulgada pela OSS no RECGDF.

Tabela B2
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Carapicuíba 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	15.072	15.072	15.072	15.435	15.415	15.435
Hosp. Dia + Cirurgia Ambulatorial	2.556	2.556	2.556	2.903	2.893	2.903
Urgência	43.116	43.116	43.116	44.907	44.907	44.907
Ambulatório	105.204	105.204	105.204	114.144	114.144	114.144
SADT	21.480	21.480	21.480	21.458	21.458	21.458
Tratamento Clínico	16.332	N.D	16.332	N.D	17.434	17.434
Nefrologia	16.332	N.D	16.332	N.D	17.434	17.434
Diag. Laboratório Clínico[a]	-	N.D	-	N.D	-	-
TOTAL	**203.760**	**187.428**	**203.760**	**198.847**	**216.251**	**216.281**

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; N.D = Informação não divulgada neste relatório.

[a]O RTECG não apresenta a quantidade de 16.332 contratada em 2013 de Tratamento em Nefrologia, conforme estabelecido no acordo TA_74_201301. No entanto o RQECG reconhece a quantidade realizada de 17.424 referente ao Tratamento em Nefrologia, sendo esta então a quantidade executada considerada neste estudo.

Tabela B3
Conciliação Final Quantidades Contratadas e Realizadas - Hospital Geral de Carapicuíba

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	15.072	15.105	0,22%	15.072	15.435	2,41%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	2.556	3.017	18,04%	2.556	2.903	13,58%
Urgência	43.116	46.339	7,48%	43.116	44.907	4,15%
Ambulatório	105.204	113.234	7,63%	105.204	114.144	8,50%
SADT	21.480	22.097	2,87%	21.480	21.458	-0,10%
Tratamento Clínico	575.489	735.693	27,84%	16.332	17.434	6,75%
TOTAL	**762.917**	**935.485**	**22,62%**	**203.760**	**216.281**	**6,14%**

1.2. Hospital Geral de Itapeví

Tabela B4
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itapeví 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	13.404	13.404	13.404	13.311	13.311	13.311
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial[a]	288	288	240	303	303	252
Urgência	21.804	21.804	21.804	23.368	23.368	23.368
Ambulatório[b]	43.752	43.752	43.752	43.237	43.237	44.464
SADT	2.448	2.448	2.448	2.954	2.954	2.954
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	81.696	81.696	81.648	83.173	83.173	84.349

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O RECGDF apresenta erroneamente a quantidade contratada para cirurgias ambulatoriais, sendo o correto 288 saídas e não 240, como reportado. Deste modo, consideramos a quantidade realizada divulgada nos relatórios da SES (303). [b]O RTECGe o RQECG não apresentam a quantidade realizada de 1.227 referente a Consultas Não Médicas, conforme estabelecido no CG_83_2011. Os relatórios apresentam apenas as quantidades realizadas de 1º consulta, interconsulta, consulta subsequente e procedimentos terapêuticos totalizando a quantidade reportada de 43.237. Deste modo a quantidade realizada de 44.464 reportada pela Cruzada Bandeirante no RECGDF foi considerada como a correta para fins de análise.

Tabela B5
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itapeví 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	13.692	13.692	13.692	14.290	14.290	14.290
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	-	-	-	-	3	-
Urgência	22.380	22.380	22.380	27.375	27.375	27.375
Ambulatório	43.788	43.788	43.788	44.828	44.828	44.828
SADT	2.508	2.508	2.508	3.047	3.047	3.047
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	82.368	82.368	82.368	89.540	89.543	89.540

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B6
Conciliação Final Quantidades - Hospital Geral de Carapicuíba

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	13.404	13.311	-0,69%	13.692	14.290	4,37%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	288	303	5,21%	-	-	-
Urgência	21.804	23.368	7,17%	22.380	27.375	22,32%
Ambulatório	43.752	44.464	1,63%	43.788	44.828	2,38%
SADT	2.448	2.954	20,67%	2.508	3.047	21,49%
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	81.696	84.400	3,31%	82.368	89.540	8,71%

1.3. Hospital Geral de Pedreira

Tabela B7
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Pedreira 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação[a]	16.791	16.761	16.761	17.256	17.256	17.016
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	-	-	-	-	-	-
Urgência	259.800	259.800	259.800	279.202	279.202	279.202
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
SADT[b]			840			2.979
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	276.591	276.561	277.401	296.458	296.458	299.197

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]A quantidade realizada referente a Internação (17.016) divulgada no RECGDF pela OSS está divergente da quantidade divulgada pela SES (17.256). Para fins de análise utilizaremos a quantidade realizada divulgada pela SES. [b]O RECGDF pela Cruzada Bandeirante na Demonstração Financeira apresenta a quantidade contratada e realizada de exames SADT (Tomografia SEDI), porém tal informação não foi estabelecida no contrato de gestão e termos aditivos para o ano de 2013. Visto que tal atividade foi realizada pelo hospital, será considerada como produção realizada para fins de análise.

Tabela B8
Conciliação Final Quantidades - Hospital Geral de Pedreira

Serviço Contratado	2013		
	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%
Internação	16.761	17.256	2,95%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	-	-	-
Urgência	259.800	279.202	7,47%
Ambulatório	-	-	-
SADT	-	2.979	100,00%
Tratamento Clínico	-	-	-
TOTAL	276.561	299.437	8,27%

2. Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

2.1. Hospital Estadual de Franco da Rocha

Tabela B9
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Franco da Rocha 2012

Serviço Contratado	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
	CG e TA	RTECG	RECGDF	RTECG	RQECG	RECGDF
Internação	2.560	2.560	2.560	2.972	2.972	2.972
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	360	360	360	671	671	671
Urgência	6.570	6.570	6.570	6.528	6.528	6.528
Ambulatório	29.650	29.650	29.650	42.496	42.496	42.496
SADT[a]	3.815	3.815	3.815	4.090	4.090	4.090
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**42.955**	**42.955**	**42.955**	**56.757**	**56.757**	**56.757**

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O RECGDF apresenta para o ano de 2012 a quantidade de 669 procedimentos terapêuticos (sessões) que não constam no contrato de gestão e termos aditivos para o período, porém foram produzidos pelo hospital e reconhecidos nos RTECG e RQECG da SES.

Tabela B10
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Franco da Rocha 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	2.928	2.928	2.928	3.091	3.091	3.091
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	480	480	480	728	728	728
Urgência	6.600	6.600	6.600	6.483	6.483	6.483
Ambulatório	38.400	38.400	38.400	44.351	44.351	44.351
SADT[a]	4.020	4.020	4.020	4.416	4.416	4.416
Tratamento Clínico						
TOTAL	52.428	52.428	52.428	59.069	59.069	59.069

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O RECGDF apresenta para o ano de 2013 a quantidade de 3.263 procedimentos terapêuticos (sessões) que não constam no contrato de gestão e termos aditivos para o período, porém foram produzidos pelo hospital e reconhecidos nos RTECG e RQECG da SES.

Tabela B11
Conciliação Final Quantidades - Hospital Estadual de Franco da Rocha

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	2.560	2.972	16,09%	2.928	3.091	5,57%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	360	671	86,39%	480	728	51,67%
Urgência	6.570	6.528	-0,64%	6.600	6.483	-1,77%
Ambulatório	29.650	42.496	43,33%	38.400	44.351	15,50%
SADT	3.815	4.090	7,21%	4.020	4.416	9,85%
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	42.955	56.757	32,13%	52.428	59.069	12,67%

2.2. Hospital Estadual de Francisco Morato

Tabela B12
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Francisco Morato 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	4.294	4.294		5.379	5.381	5.379
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial		-		-	-	
Urgência	23.040	23.040		33.935	33.935	33.935
Ambulatório		-		-	-	
SADT	9.746	9.746		10.478	10.478	10.478
Tratamento Clínico		-		-	-	
TOTAL	37.080	37.080	-	49.792	49.794	49.792

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B13
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Francisco Morato 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	5.292	5.292		5.453	5.453	5.453
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial		-		-	-	
Urgência	23.040	23.040		33.281	33.281	33.281
Ambulatório		-		-	-	
SADT	9.736	9.736		10.315	10.315	10.315
Tratamento Clínico					-	
TOTAL	38.068	38.068	-	49.049	49.049	49.049

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B14
Conciliação Final Quantidades - Hospital Estadual de Francisco Morato

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	4.294	5.379	25,27%	5.292	5.453	3,04%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	-	-	-	-	-	-
Urgência	23.040	33.935	47,29%	23.040	33.281	44,45%
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
SADT	9.746	10.478	7,51%	9.736	10.315	5,95%
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	37.080	49.792	34,28%	38.068	49.049	28,85%

2.3. Hospital Geral de Guarulhos

Tabela B15
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Guarulhos 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	14.965	14.965	14.965	14.934	14.934	14.934
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	614	614	614	677	677	677
Urgência	109.800	109.800	109.800	93.317	93.317	93.317
Ambulatório	34.120	34.130	34.120	37.334	37.334	37.334
SADT	34.303	34.303	34.303	33.641	33.641	33.641
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**193.802**	**193.812**	**193.802**	**179.903**	**179.903**	**179.903**

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B16
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Guarulhos 2013

Serviço Contratado	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
	CG e TA	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	15.795	15.795	15.795	15.384	15.384	15.384
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	624	624	624	624	624	624
Urgência	94.980	94.980	94.980	82.079	82.079	82.079
Ambulatório	34.200	34.200	34.200	36.638	36.638	36.638
SADT[a]	30.408	31.008	31.008	31.263	31.951	31.263
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	176.007	176.607	176.607	165.988	166.676	165.988

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]Para fins de análise, foi considerada a quantidade executada de SADT divulgada pelas OSS no RECGDF e no RTECG SES (31.263).

Tabela B17
Conciliação Final - Hospital Geral de Guarulhos

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	14.965	14.934	-0,21%	15.795	15.384	-2,60%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	614	677	10,26%	624	624	0,00%
Urgência	109.800	93.317	-15,01%	94.980	82.079	-13,58%
Ambulatório	34.120	37.334	9,42%	34.200	36.638	7,13%
SADT	34.303	33.641	-1,93%	31.008	31.263	0,82%
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	193.802	179.903	-7,17%	176.607	165.988	-6,01%

3. Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina

3.1. Hospital Geral de Itaquaquecetuba

Tabela B18
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itaquaquecetuba 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	11.470	11.470	N.D	11.344	11.344	11.353
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	-	-	N.D	48	261	Não apresenta
Urgência	110.000	110.000	N.D	130.466	130.466	130.466
Ambulatório	16.100	16.100	N.D	18.630	18.630	18.583
SADT	17.040	17.040	N.D	18.684	18.684	18.684
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	154.610	154.610	-	179.172	179.385	179.086

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; N.D = Informação não divulgada neste relatório.
(*) Somente o RQECG apresenta a quantidade de HD e CA, deste modo está sendo considerado o total reportado neste relatório (185) para fins de análise.

Tabela B19
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itaquaquecetuba 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	12.006	12.012	12.012	13.852	13.852	13.852
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial[a]	-	-	-	-	185	52
Urgência	110.000	110.000	110.000	174.084	174.084	174.084
Ambulatório	33.873	33.873	33.873	35.337	35.337	35.337
SADT	17.040	17.040	17.040	18.574	18.598	18.598
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	172.919	172.925	172.925	241.847	242.056	241.923

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.
[a]Somente o RQECG apresenta a quantidade de HD e CA, deste modo está sendo considerado o total reportado neste relatório (185) para fins de análise.

Tabela B20
Conciliação Final - Hospital Geral de Itaquaquecetuba

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%
Internação	11.470	11.344	-1,10%	12.006	13.852	15,38%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	-	261	100,00%	0	185	100,00%
Urgência	110.000	130.466	18,61%	110.000	174.084	58,26%
Ambulatório	16.100	18.630	15,71%	33.873	35.337	4,32%
SADT	17.040	18.684	9,65%	17.040	18.598	9,14%
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	154.610	179.385	16,02%	172.919	242.056	39,98%

3.2. Hospital Geral de Itaim Paulista

Tabela B21
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itaim Paulista 2012

Serviço Contratado	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
	CG e TA	RTECG	RECGDF	RTECG	RQECG	RECGDF
Internação	13.470	13.470	Não apresenta	13.809	13.809	13.809
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	-	-	Não apresenta	-	-	-
Urgência	220.095	220.095	Não apresenta	193.045	193.045	193.045
Ambulatório	10.080	10.080	Não apresenta	18.989	18.989	18.989
SADT	46.120	46.120	Não apresenta	45.549	45.549	45.549
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	289.765	289.765	-	271.392	271.392	271.392

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B22
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itaim Paulista 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação[a]	13.480	15.659	13.480	16.421	13.579	14.209
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	-	-	-	-	-	-
Urgência[a]	184.800	214.671	184.800	196.569	167.989	167.989
Ambulatório	17.920	17.920	17.920	20.280	20.280	20.280
SADT	46.185	46.185	46.185	46.839	46.839	46.839
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	262.385	294.435	262.385	280.109	248.687	249.317

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]A quantidade contratada e realizada para Internação e Urgência divulgadas pela SES no RTECG referente ao 2º trimestre de 2013 não condiz com o Contrato de Gestão TA_86_201301 estabelecido. O relatório apresenta a quantidade contratada para Abr/Mai/Jun de internação saídas hospitalares sendo 5.539, sendo que o contrato prevê 3.360, e para urgências o relatório apresenta a quantidade de 75.946 sendo que o contrato prevê 46.075. Deste modo, para fins de análise a quantidade contratada considerada será a apresentada no Contrato de Gestão e no RECGDF apresentado pela OSS, pois representa a quantidade realizada a divulgada pela OSS.

Tabela B23
Conciliação Final - Hospital Geral de Itaim Paulista

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	13.470	13.809	2,52%	13.480	14.209	5,41%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	-	-	0,00%	-	-	0,00%
Urgência	220.095	193.045	-12,29%	184.800	167.989	-9,10%
Ambulatório	10.080	18.989	88,38%	17.920	20.280	13,17%
SADT	46.120	45.549	-1,24%	46.185	46.839	1,42%
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	289.765	271.392	-6,34%	262.385	249.317	-4,98%

4. Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo - SECONCI

4.1. Hospital Estadual de Sapopemba

Tabela B24
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Sapopemba 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	12.048	12.048	Não apresenta	12.812	12.810	12.812
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	900	900	Não apresenta	915	915	Não apresenta
Urgência	36.396	36.396	Não apresenta	48.977	48.927	48.927
Ambulatório	15.120	15.120	Não apresenta	21.690	21.690	21.690
SADT[a]	4.560	4.560	Não apresenta	4.710	4.710	4.021
Tratamento Clínico[a]	16.440	-	-	-	-	70.461
TOTAL	85.464	69.024	-	89.104	89.052	157.911

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O RECGDF pela SECONCI referente ao ano de 2012 apresenta diversas quantidades realizadas que não foram contratadas tão pouco estabelecidas no contrato de gestão vigente para o período. Devido as demonstrações financeiras do HESAP serem divulgadas sem notas explicativas específicas para este hospital, para fins de análise não será considerada a quantidade de 337.329 de exames de patologia clínica e 3.474 de anatomia patológica que foi realizada, porém não contratada. O número de tratamento clínico realizado de 70.461 é composto por exames de Ultrassonografia (16.915), Tomografia Computadorizada (14.217) e Radiologia (39.329). Estes dados de produção não constam nos RTECG RQECG da SES referente ao período em análise, somente no RECGDF.

Tabela B25
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Sapopemba 2013

Serviço Contratado	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
	CG e TA	RTECG	RECGDF	RTECG	RQECG	RECGDF
Internação	12.048	12.048	Não apresenta	12.315	12.315	12.315
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	900	900	Não apresenta	940	940	Não apresenta
Urgência	36.396	36.396	Não apresenta	55.365	55.365	55.365
Ambulatório	15.120	15.120	Não apresenta	19.217	19.217	19.217
SADT[a]	4.560	4.560	Não apresenta	4.468	4.468	14.080
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	69.024	69.024	-	92.305	92.305	100.977

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O RECGDF pela SECONCI referente ao ano de 2013 apresenta diversas quantidades realizadas que não foram contratadas tão pouco estabelecidas no contrato de gestão vigente para o período. Devido as demonstrações Financeiras do HESAP serem divulgadas sem notas explicativas específicas para este hospital, para fins de análise não será considerada a quantidade de 2.180 de exames radiologia e 4.845 referente a tomografia computadorizada que foram realizadas, porém não contratadas. O número de SADT realizado de 14.080 composto por exames de Ultrassonografia (10.789) e Endoscopia (3.291).

Tabela B26
Conciliação Final - Hospital Estadual de Sapopemba

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%
Internação	12.048	12.812	6,3%	12.048	12.315	2,22%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	900	915	1,7%	900	940	4,44%
Urgência	36.396	48.927	34,4%	36.396	55.365	52,12%
Ambulatório	15.120	21.690	43,5%	15.120	19.217	27,10%
SADT	4.560	4.710	3,3%	4.560	14.080	208,77%
Tratamento Clínico	16.440	70.461	328,6%	-	-	-
TOTAL	85.464	159.515	86,65%	69.024	101.917	47,65%

4.2. Hospital Estadual de Vila Alpina

Tabela B27
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Vila Alpina 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	13.768	13.768	Não apresenta	13.760	13.760	13.760
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial[a]	2.230	2.230	Não apresenta	2.191	2.191	990
Urgência	175.392	175.362	Não apresenta	169.169	169.169	169.169
Ambulatório	20.356	20.356	Não apresenta	23.565	23.565	23.565
SADT[a]	7.440	-	Não apresenta	-	-	8.436
Tratamento Clínico			-		-	
TOTAL	219.186	211.716	-	208.685	208.685	215.920

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O RTECG e RQECG da SES não apresentam as quantidades contratadas e realizadas referente a SADT. De acordo com os contratos de gestão CG_78_2012 e TA_78_201201, foram contratados para o ano de 2012 exames de tomografia e ressonância magnética que totalizam 7.440. Para fins de análise será considerada as quantidades contratadas de SADT reportadas pela SECONCI no RECGDF. O HEVA não divulgou em 2012 a quantidade realizada referente a Cirurgia Ambulatorial, somente 990 saídas hospitalares referente ao Hospital Dia, portanto será considerada a saída de 2191 reportada pela SES nos RTECG e RQECG.

Tabela B28
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Vila Alpina 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	14.748	14.748	Não apresenta	14.714	14.714	14.722
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	3.000	3.000	Não apresenta	2.866	2.866	1.368
Urgência	175.392	175.392	Não apresenta	167.791	167.791	167.791
Ambulatório	23.688	23.688	Não apresenta	24.916	24.916	24.916
SADT[a]	-	-	Não apresenta	-	-	8.401
Tratamento Clínico					-	
TOTAL	216.828	216.828	-	210.287	210.287	217.198

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]De acordo com o contrato de gestão TA_78_201301, não foram contratados para o ano de 2013 exames de SADT, portanto para fins de análise não será considerada as quantidades de exames SADT (8.401) reportadas pela SECONCI. O HEVA não divulgou em 2013 a quantidade realizada referente a Cirurgia Ambulatorial, somente 1.368 saídas hospitalares referente ao Hospital Dia, portanto será considerada a saída de 2.866 reportada pela SES no RTECG e RQECG.

Tabela B29
Conciliação Final - Hospital Estadual de Vila Alpina

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	13.768	13.760	-0,1%	14.748	14.714	-0,23%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	2.230	2.191	-1,7%	3.000	2.866	-4,47%
Urgência	175.392	169.169	-3,5%	175.392	167.791	-4,33%
Ambulatório	20.356	23.565	15,8%	23.688	24.916	5,18%
SADT	7.440	8.436	100,0%	-	-	-
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	219.186	217.121	-0,94%	216.828	210.287	-3,02%

4.3. Hospital Geral de Itapecerica da Serra

Tabela B30
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itapecerica da Serra 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	11.560	11.560	Não apresenta	12.241	12.231	12.231
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial[a]	3.053	3.053	Não apresenta	3.063	3.055	2.414
Urgência	87.248	87.248	Não apresenta	111.840	111.840	111.840
Ambulatório[a]	119.079	119.079	Não apresenta	116.381	116.381	107.780
SADT	5.676	5.676	Não apresenta	5.335	5.335	5.335
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	226.616	226.616	-	248.860	248.842	239.600

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O HGIS não divulgou em 2012 a quantidade realizada referente a Cirurgia Ambulatorial, somente 2.414 saídas hospitalares referente ao Hospital Dia, bem como não divulgou a quantidade completa de exames ambulatoriais, portanto será considerada a saída de 3.055 referente a HD e CA, e a quantidade de exames ambulatoriais de 116.381, reportada pela SES no RQECG para o ano de 2012.

Tabela B31
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Itapecerica da Serra 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	11.560	11.560	Não apresenta	11.437	11.437	11.437
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial[a]	3.053	3.053	Não apresenta	3.029	3.029	2.353
Urgência	87.248	87.248	Não apresenta	123.183	123.183	123.183
Ambulatório	119.079	119.079	Não apresenta	106.649	106.649	106.651
SADT	5.676	5.676	Não apresenta	5.194	5.194	5.194
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	226.616	226.616	-	249.492	249.492	248.818

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O HGIS não divulgou em 2013 a quantidade realizada referente a Cirurgia Ambulatorial, somente 2.353 saídas hospitalares referente ao Hospital Dia, bem como não divulgou a quantidade completa de exames ambulatoriais, portanto será considerada a saída de 3.029 referente a HD e CA, e a quantidade de exame ambulatoriais de 106.649, reportada pela SES no RQECG para o ano de 2013.

Tabela B32
Conciliação Final - Hospital Geral de Itapecerica da Serra

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	11.560	12.241	5,9%	11.560	11.437	-1,06%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	3.053	3.063	0,3%	3.053	3.029	-0,79%
Urgência	87.248	111.840	28,2%	87.248	123.183	41,19%
Ambulatório	119.079	116.381	-2,3%	119.079	106.649	-10,44%
SADT	5.676	5.335	-6,0%	5.676	5.194	-8,49%
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	226.616	248.860	9,82%	226.616	249.492	10,09%

4.4. Hospital Regional de Cotia

Tabela B33
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Cotia 2013

Serviço Contratado	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
	CG e TA	RTECG	RECGDF	RTECG	RQECG	RECGDF
Internação	11.400	11.400	Não apresenta	11.215	11.215	11.215
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial[a]	2.208	2.208	Não apresenta	2.100	2.100	1.676
Urgência	129.024	129.024	Não apresenta	129.100	129.100	129.100
Ambulatório	25.788	25.788	Não apresenta	26.923	26.923	26.923
SADT	4.152	4.152	Não apresenta	4.034	4.034	4.034
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	172.572	172.572	-	173.372	173.372	172.948

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O HGCotia não divulgou em 2013 a quantidade realizada referente a Cirurgia Ambulatorial, somente 1.676 saídas hospitalares referente ao Hospital Dia, portanto será considerada a saída de 2.100 referente a HD e CA, reportada pela SES no RTECG referente a 2013.

Tabela B34
Conciliação Final - Hospital Regional de Cotia

Serviço Contratado	2013		
	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%
Internação	11.400	11.215	-1,62%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	2.208	2.100	-4,89%
Urgência	129.024	129.100	0,06%
Ambulatório	25.788	26.923	4,40%
SADT	4.152	4.034	-2,84%
Tratamento Clínico	-	-	-
TOTAL	172.572	173.372	0,46%

5. Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês

5.1. Hospital Geral de Grajaú

Tabela B35
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Grajaú 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	14.496	14.496	Não apresenta	16.736	16.736	Não apresenta
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	-	-	Não apresenta	-	-	Não apresenta
Urgência	288.000	288.000	Não apresenta	316.042	316.042	Não apresenta
Ambulatório		-	Não apresenta	-	-	Não apresenta
SADT	1.200	1.200	Não apresenta	1.230	1.230	Não apresenta
Tratamento Clínico			-	-	-	-
TOTAL	303.696	303.696	-	334.008	334.008	-

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B36
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Geral de Grajaú 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	14.910	14.910	Não apresenta	15.972	15.972	Não apresenta
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	-	-	Não apresenta	-	-	Não apresenta
Urgência	291.000	291.000	Não apresenta	291.552	291.552	Não apresenta
Ambulatório		-	Não apresenta	-	-	Não apresenta
SADT	1.200	1.200	Não apresenta	1.188	1.205	Não apresenta
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	307.110	307.110	-	308.712	308.729	-

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B37
Conciliação Final- Hospital Geral de Grajaú

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%
Internação	14.496	16.736	15,5%	14.910	15.972	7,12%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	-	-	-	-	-	-
Urgência	288.000	316.042	9,7%	291.000	291.552	0,19%
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
SADT	1.200	1.230	2,5%	1.200	1.188	-1,00%
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	303.696	334.008	9,98%	307.110	308.712	0,52%

6. Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus

6.1. Hospital Regional de Presidente Prudente

Tabela B38
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Presidente Prudente 2012

Serviço Contratado	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
	CG e TA	RTECG	RECGDF	RTECG	RQECG	RECGDF
Internação	19.200	19.200	19.200	20.442	20.442	20.442
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	5.640	5.640	5.640	5.501	5.501	5.501
Urgência*	180.000	180.000	180.000	199.748	196.924	199.748
Ambulatório	49.920	49.920	49.920	100.206	100.206	100.206
SADT	426.600	426.600	Não apresenta	447.921	447.921	447.921
Tratamento Clínico[a]	15.600	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	17.970	Não apresenta
TOTAL	696.960	681.360	254.760	773.818	788.964	773.818

[a]Para fins de análise será considerada a produção realizada com base no RQECG, pois é o único que apresenta a quantidade realizada de tratamento clínico, com exceção do total de urgência que será considerada a quantidade realizada de 199.748 conforme RTECG e RECGDF divulgado pela OSS.

Tabela B39
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Presidente Prudente 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	20.040	20.040	20.040	20.754	20.754	20.754
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	6.440	6.440	6.440	6.192	6.192	6.192
Urgência	180.000	180.000	180.000	223.641	220.641	220.641
Ambulatório	91.540	91.540	Não apresenta	107.042	107.042	103.164
SADT	426.600	426.600	Não apresenta	367.848	367.849	367.848
Tratamento Clínico[a]	16.100	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	19.357	Não apresenta
TOTAL	740.720	724.620	206.480	725.477	741.835	718.599

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]Para fins de análise será considerada a produção realizada com base no RQECG, pois é o único que apresenta a quantidade realizada de tratamento clínico (19.357).

Tabela B40
Conciliação final - Hospital Regional de Presidente Prudente

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	19.200	20.442	6,5%	20.040	20.754	3,56%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	5.640	5.501	-2,5%	6.440	6.192	-3,85%
Urgência	180.000	199.748	11,0%	180.000	220.641	22,58%
Ambulatório	49.920	100.206	100,7%	91.540	107.042	16,93%
SADT	426.600	447.921	5,0%	426.600	367.849	-13,77%
Tratamento Clínico	15.600	17.970	15,2%	16.100	19.357	20,23%
TOTAL	696.960	791.788	13,61%	740.720	741.835	0,15%

6.2. Hospital Estadual João Paulo II

Tabela B41
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual João Paulo II 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	6.000	6.000	6.000	6.234	6.234	6.234
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	6.480	6.480	6.480	6.887	6.887	6.887
Urgência	2.400	2.400	2.400	2.385	2.385	2.385
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
SADT	-	-	-	-	-	-
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	14.880	14.880	14.880	15.506	15.506	15.506

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B42
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual João Paulo II 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	5.880	5.880	5.880	5.941	5.941	5.941
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	6.480	6.480	6.480	7.192	7.192	7.192
Urgência	2.400	2.400	2.400	2.269	2.269	2.269
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
SADT	-	-	-	-	-	-
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	14.760	14.760	14.760	15.402	15.402	15.402

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B43
Conciliação final - Hospital Estadual João Paulo II

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%
Internação	6.000	6.234	3,9%	5.880	5.941	1,04%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	6.480	6.887	6,3%	6.480	7.192	10,99%
Urgência	2.400	2.385	-0,6%	2.400	2.269	-5,46%
Ambulatório	-	-	-	-	-	-
SADT	-	-	-	-	-	-
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	14.880	15.506	4,21%	14.760	15.402	4,35%

6.3. Hospital Regional de Porto Primavera

Tabela B44
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Porto Primavera 2012

Serviço Contratado	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
	CG e TA	RTECG	RECGDF	RTECG	RQECG	RECGDF
Internação[a]	2.688	2.688	2.882	2.782	2.782	2.904
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	600	600	600	615	615	615
Urgência	42.000	42.000	42.000	41.274	41.274	41.274
Ambulatório	40.656	40.656	40.656	42.051	40.919	40.919
SADT	8.748	8.748	8.748	8.391	8.391	8.391
Tratamento Clínico						
TOTAL	94.692	94.692	94.886	95.113	93.981	94.103

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O RECGDF divulgado pela OSS apresenta informações divergentes do contrato de gestão referente a internação. Para fins de análise, serão consideradas as informações do CG que estão de acordo com o RTECG da SES, pois não foi identificado nenhum TA de alteração de metas assistenciais. Referente a quantidade executada, para fins de análise, será considerada a quantidade realizada divulgada pela SES no RTECG.

Tabela B45
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Regional de Porto Primavera 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado[a]	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	2.688	2.688	2.688	2.749	5.355	2.749
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	600	600	600	656	2.725	656
Urgência	42.000	42.000	42.000	39.985	31.950	39.985
Ambulatório	40.656	40.656	40.656	45.583	45.593	45.593
SADT	8.748	8.748	8.748	9.783	9.781	9.781
Tratamento Clínico						
TOTAL	94.692	94.692	94.692	98.756	95.404	98.764

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.
[a]Para fins de análise será considerada a quantidade realizada divulgada no RTECG da SES.

Tabela B46
Conciliação final - Hospital Regional de Porto Primavera

	2012			2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	2.688	2.782	3,5%	2.688	2.749	2,27%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	600	615	2,5%	600	656	9,33%
Urgência	42.000	41.274	-1,7%	42.000	39.985	-4,80%
Ambulatório	40.656	42.051	3,4%	40.656	45.583	12,12%
SADT	8.748	8.391	-4,1%	8.748	9.783	11,83%
Tratamento Clínico	-	-	-	-	-	-
TOTAL	94.692	95.113	0,44%	94.692	98.756	4,29%

7. Fundação do ABC

7.1. Hospital Estadual de Santo André

Tabela B47
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Santo André 2012

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	11.202	11.202	11.202	10.846	11.847	11.846
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	5.530	5.530	5.530	6.676	6.676	6.676
Urgência	15.600	15.600	15.600	17.935	17.935	17.935
Ambulatório	116.583	116.583	116.583	193.864	193.864	193.864
SADT	34.791	34.791	34.791	31.808	31.808	31.808
Tratamento Clínico	101.524	-	101.524	-	20.132	42.999
TOTAL	285.230	183.706	285.230	261.129	282.262	305.128

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B48
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Santo André 2013

	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
Serviço Contratado	**CG e TA**	**RTECG**	**RECGDF**	**RTECG**	**RQECG**	**RECGDF**
Internação	11.455	11.455		11.909	11.909	11.909
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	5.728	5.728	5.728	7.077	7.077	7.077
Urgência	15.600	15.600	15.600	17.237	17.237	17.237
Ambulatório	164.548	164.548	164.548	171.599	171.599	171.599
SADT	24.546	24.546	24.546	27.290	27.290	27.290
Tratamento Clínico	20.026	Não apresenta	20.026	Não apresenta	16.569	16.563
TOTAL	241.903	221.877	230.448	235.112	251.681	251.675

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

Tabela B49
Conciliação final - Hospital Estadual de Santo André

Serviço Contratado	2012			2013		
	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%	Quantidade Contratada	Quantidade Realizada	%
Internação	11.202	11.846	5,7%	11.455	11.909	3,96%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	5.530	6.676	20,7%	5.728	7.077	23,55%
Urgência	15.600	17.935	15,0%	15.600	17.237	10,49%
Ambulatório	116.583	193.864	66,3%	164.548	171.599	4,29%
SADT	34.791	31.808	-8,6%	24.546	27.290	11,18%
Tratamento Clínico	101.524	42.999	-57,6%	20.026	16.569	-17,26%
TOTAL	285.230	305.128	6,98%	241.903	251.681	4,04%

8. Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar (FAMESP)

8.1. Hospital Estadual de Bauru

Tabela B50
Quantidade Contratada e Realizada - Hospital Estadual de Bauru 2013

Serviço Contratado[a]	Quantidade Contratada Anual			Quantidade Realizada Anual		
	CG e TA	RTECG	RECGDF	RTECG	RQECG	RECGDF
Internação	14.636	14.616	Não apresenta	14.022	26.125	14.022
Hosp. Dia + Cirur. Ambulatorial	3.772	3.772	Não apresenta	4.327	2.879	4.327
Urgência	9.081	9.081	Não apresenta	10.571	12.421	10.571
Ambulatório	143.704	143.704	Não apresenta	161.371	108.286	161.371
SADT	115.066	112.066	Não apresenta	177.076	118.920	177.076
Tratamento Clínico	81.285	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	Não apresenta	80.290
TOTAL	367.544	283.239	-	367.367	268.631	447.657

Nota. CG= Contrato de Gestão; TA = Termos Aditivos; RTECG = Relatório Trimestral de Execução do Contrato de Gestão disponibilizado pela SES para os anos de 2012 e 2013; RECGDF = Relatório de Execução do Contrato de Gestão conforme demonstração financeira divulgado pelas OSS no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013; RQECG = Relatório Quadrimestral de Execução do Contrato de Gestão divulgado pela SES no Diário Oficial do Estado de São Paulo para os anos de 2012 e 2013.

[a]O HRBauru não divulga na Demonstração Financeira os dados referentes a execução do contrato de gestão. De acordo com o contato realizado com a FAMESP a informação acerca da produção assistencial realizada foi encaminhada via e-mail para a pesquisadora, bem como dados adicionais de produção foram extraídos do próprio site do hospital. Para fins de análise foram considerados os dados reportados pela FAMESP e que estão de acordo com os dados divulgados pela SES no RTECG.

Tabela B51
Conciliação Final - Hospital Estadual de Bauru

	2013		
Serviço Contratado	**Quantidade Contratada**	**Quantidade Realizada**	**%**
Internação	14.636	14.022	-4,20%
Hosp. Dia + Cirurg. Ambulatorial	3.772	4.327	14,71%
Urgência	9.081	10.571	16,41%
Ambulatório	143.704	161.371	12,29%
SADT	115.066	177.076	53,89%
Tratamento Clínico	81.285	80.290	-1,22%
TOTAL	367.544	447.657	21,80%