



Universidade de Brasília  
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade  
Departamento de Administração  
Curso de Graduação em Administração a distância

ISABEL CRISTINA RIGOTTI DO NASCIMENTO

**A EXPERIENCIA DO CONTRATO DE GESTÃO NO DF:  
O caso do Hospital Regional de Santa Maria - DF**

Brasília – DF

2011

ISABEL CRISTINA RIGOTTI DO NASCIMENTO

**A EXPERIENCIA DO CONTRATO DE GESTÃO NO DF:  
O caso do Hospital Regional de Santa Maria - DF**

Projeto de monografia apresentado ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração, na modalidade à distância, pela Universidade de Brasília (UnB).

Professor Supervisor: Doutor Evaldo Cesar Cavalcante Rodrigues  
Professor Tutor: Mestre Tiago Conde Teixeira

Brasília – DF  
2011

Nascimento, Isabel Cristina Rigotti.

A Experiência do Contrato de Gestão no DF: O Caso do Hospital Regional de Santa Maria-DF / Isabel Cristina Rigotti do Nascimento – Brasília, 2011.

92 f. : il.

Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração - EaD, 2011.

Orientadores: Professor Supervisor: Dr Evaldo Cesar Cavalcante Rodrigues e Professor Msc. Tiago Conde Teixeira, Departamento de Administração.

1. Contrato de Gestão. 2. Organização Social. 3. Custo por leito das unidades hospitalares no DF. 4. Cumprimento das metas.

ISABEL CRISTINA RIGOTTI DO NASCIMENTO

**A EXPERIENCIA DO CONTRATO DE GESTÃO NO DF:  
O caso do Hospital Regional de Santa Maria - DF**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília da  
aluna

**Isabel Cristina Rigotti do Nascimento**

Doutor Evaldo Cesar Cavalcante Rodrigues  
Professor-Orientador

Mestre Tiago Conde Teixeira  
Professor-Examinador

Brasília, 08 de Julho de 2011

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por me dar forças em continuar a caminhada, à José Henrique, esposo companheiro e dedicado e aos meus queridos filhos Arthur e Ítalo, meus príncipes.

## RESUMO

O presente estudo de caso verifica as vantagens, em termos de custo e cumprimento das metas, na celebração do contrato de gestão entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência (RSEB), para a administração do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM). O trabalho utiliza dados coletados por meio de pesquisa bibliográfica, entrevista com os gestores do hospital, análise de dados quantitativos e análise de registros da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Ademais, o trabalho explicita paralelos entre os estilos de administração pública burocrática e administração pública gerencial a fim de inserir o contexto da forma de gestão aplicada ao hospital. Desta forma, a conclusão é que a ingerência dos recursos públicos destinados à celebração do contrato, devido à ausência de transparência e controle, prejudica o resultado final da parceria. Outrossim, este trabalho evidencia o custo elevado deste instrumento de parceria, levando em consideração elementos outros de contratação, qual seja: licitação.

Palavras-chave: Contrato de Gestão. Organização Social. Metas. Custo/Leito

## **ABSTRACT**

This case study verify the advantages in terms of cost and performance goals, the celebration of the management contract between the Secretaria de Saúde do Distrito Federal and the Real Sociedade Espanhola de Beneficência (RSEB), for administration of Regional Hospital de Santa Maria (HRSM). This work is based on data collected through literature research, hospital managers interviews, data analysis and quantitative analysis of records of the Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Moreover, this work does comparisons between the styles of bureaucratic public administration and public administration management in order to include the context of the form of management applied to the hospital. Thus, the conclusion is that the interference of public resources allocated to the contract, due to lack of transparency and control, eventually affects the final result of the partnership. Moreover, this work evidences the high cost of this instrument of partnership taking into account other elements of contracting, namely: Bidding.

Keywords: Management Contract. Social Organization. Goals. Cost / Bed

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mudanças no papel do Estado.....	18
Figura 2 – Quadro comparativo entre OS e OSCIP.....	21
Figura 3 – Tipos ideais de propriedade e gestão administrativa.....	26
Figura 4 – Principais características do modelo de parceria com uma OS.....	27
Figura 5 – Controle sobre a OS.....	28
Figura 6 – Principais características de uma OS.....	29
Figura 7 – Sistema de pagamentos do Contrato de Gestão SES/DF-01/2009.....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela1	Principais diferenças entre OS e OSCIP	22
Tabela 2	Lei Federal X Lei Distrital	32
Tabela 3	Estimativa de dispêndio leito/ano segundo anexo I do Projeto Básico	44
Tabela 4	Estimativa de dispêndio anual de custeio para o 2º ano de atividade plena (Atividade Plena)	45
Tabela 5	Custo estimado para o HRSM sob administração da SES/DF	46
Tabela 6	Estimativa dos gastos da SES/DF por leito hospitalar em 2007	46-47
Tabela 7	Profissionais que tiveram os salários alterados	48
Tabela 8	Custo anual por leito	48
Tabela 9	Metas Quantitativas de Serviços Globais	50-51
Tabela 10	Indicadores das Metas Qualitativas	52
Tabela 11	Produção do HRSM – Janeiro a Dezembro / 2010	54
Tabela 12	Metas Quantitativas vs. Resultado Alcançado em 2010	55-56

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CACG - Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão

CADOSS - Comissão de Avaliação de Desempenho de Organizações Sociais na Saúde

ECG – Eletrocardiograma

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

GDF – Governo do Distrito Federal

HRSM – Hospital Regional de Santa Maria

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MP – Ministério Público

OS – Organização Social

OSS – Organização Social em Saúde

PDRAE - Plano diretor da reforma do aparelho do estado e organizações sociais.

RA – Região Administrativa

RSEB – Real Sociedade Espanhola de Beneficência

SADT – Sistema de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUPRAC – Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle

SUS – Sistema Único de Saúde

TCDF – Tribunal de Contas do Distrito Federal

TCU – Tribunal de Contas da União

USG - Ultrassonografia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
1.1	Formulação do problema .....	13
1.2	Objetivo Geral .....	13
1.3	Objetivos Específicos.....	13
1.4	Justificativa .....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	Evolução da Administração Pública no Brasil .....	15
2.2	Organizações Sociais .....	23
2.3	Contrato de Gestão.....	29
2.4	Breve histórico: Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. ....	37
3	METODOLOGIA DE PESQUISA .....	39
3.1	Tipo de Pesquisa .....	39
3.2	Variáveis .....	39
3.3	Caracterização da organização, setor ou área do objeto de estudo .....	39
3.4	População e amostra (ou participantes do estudo).....	40
4	ESTUDO DE CASO .....	41
4.1	Contextualização.....	41
4.2	O Contrato de Gestão nº 01/2009 - SES/DF.....	43
5	CONCLUSÃO .....	59
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
	ANEXO I .....	66

# 1 INTRODUÇÃO

Nesta monografia busca-se estudar a utilização do modelo de regime de parceria com Organização Social (OS) no setor de saúde. Pretendemos descobrir se este modelo pode contribuir para a melhoria da gestão em um hospital público. A nossa intenção é saber qual o diferencial proporcionado pela parceria em relação a um hospital mantido somente com recursos públicos, no que diz respeito à gestão e aos custos.

Assim, este trabalho foi organizado em cinco capítulos. O primeiro deles, este introdutório, apresenta, em termos gerais, as questões a serem debatidas na monografia.

O segundo capítulo apresenta a revisão bibliográfica dos temas aqui tratados, ou seja, regimes de parceria com OS e a gestão administrativa da saúde pública. Busca esclarecer conceitos e antecedentes do modelo de Gestão em Organizações Sociais assim como estudar a aplicação deste modelo em São Paulo, berço das Organizações Sociais em Saúde (OSS) no Brasil, identificando lições aprendidas. Abordará, também, a legislação brasileira em contratos de gestão.

Após, estabelecidos conceitos e históricos, o terceiro capítulo detalha a metodologia utilizada, explicando como a pesquisa será realizada e quais os passos tomados.

A seguir, o quarto capítulo da monografia analisará o modelo de parceria utilizado no Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), no Distrito Federal. Serão abordadas as justificativas para o uso de uma parceria, as características principais do modelo proposto e a divisão de papéis, riscos e responsabilidades na parceria. O quinto capítulo encerra a monografia. Buscaremos revisar todo o trabalho de pesquisa e análise realizado. Recuperaremos os objetivos da monografia e analisaremos sua consecução. Apresentaremos as limitações encontradas durante o processo de pesquisa e resumiremos as principais conclusões encontradas.

## **1.1 Formulação do problema**

O problema a ser investigado é a aplicação do regime de parceria na saúde pública. A pergunta que pretendemos responder é: qual é a vantagem de terceirizar a administração do HRSM?

## **1.2 Objetivo Geral**

Descobrir se a administração da Organização Social no HRSM confere a este alguma vantagem.

## **1.3 Objetivos Específicos**

Avaliar se o regime de parceria com a Organização Social garante:

- a) Economia de recursos públicos, medido em termos do valor do custo de leito por ano;
- b) Eficiência administrativa, medida observando o cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão;

## **1.4 Justificativa**

A relevância do tema é notória uma vez que os regimes de parceria torna possível ao setor público obter benefícios da gestão administrativa mais eficiente do setor privado. No setor de saúde a sua importância é ainda maior, pois além da necessidade de construção de novos estabelecimentos para atender à crescente demanda, há carências em termos de gestão. Nesse sentido, este estudo justifica-se pela contribuição que uma análise de um caso de aplicação de um regime de

parceria com organização social, no que tange aos seus benefícios e desvantagens, em um setor essencial e grande consumidor dinheiro público.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Antes de analisar a aplicação do modelo de regime de parceria no HRSM, é preciso identificar alguns conceitos, que serão utilizados neste trabalho, como a própria definição de Organizações Sociais e sua relação com a administração pública. É necessário, também, buscar antecedentes e analisar o ambiente atual em que se insere a proposta de uso de OS na saúde. Desta forma, a seguir, nesta seção, é realizada uma revisão da literatura.

### **2.1 Evolução da Administração Pública no Brasil**

A literatura aponta para as estratégias estabelecidas pelo projeto de Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, como o marco legal da aliança entre o poder público e o parceiro privado. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), tinha como objetivo conduzir a administração pública para um modelo gerencial, mantendo os princípios válidos da administração pública burocrática e eliminar os excessos da administração pública patrimonialista.

O modelo burocrático foi implantado no Brasil a partir de 1930 como “conseqüência clara da emergência de um capitalismo moderno no país” (MARE, 1995, pg. 18). A implantação da administração pública burocrática coincide com o primeiro período de forte industrialização nacional e veio para substituir o patrimonialismo instalado até então. Mas o modelo burocrático inicial foi sofrendo disfunções ao longo do tempo. Ele assumiu funções econômicas em excesso, intervindo muito no mercado e necessitando cada vez de um controle ainda maior. Acabou, assim, voltando-se para si mesmo, perdendo a noção de sua missão básica, que é servir à sociedade.

A administração burocrática não responde às mudanças econômicas e sociais de forma satisfatória. Ela é lenta e, por isso, intensifica as distorções e deficiências da administração pública, segundo Castor (1987). Apesar de a administração

burocrática ter sido criada para dar igualdade de tratamento e definir com precisão hierarquia funcional, não garante a qualidade nem a eficiência do serviço prestado ao público e não está voltada para o atendimento das demandas da sociedade. (KLIKSBERG, 1994).

O processo decisório totalmente centralizado e verticalizado, que deixa o sistema processual devagar, aliado à ausência de flexibilidade, ao controle excessivo, são disfunções do modelo burocrático apontados por Matias-Pereira (2008). Para ele, “na medida em que não pode converter-se em racionalização, com atividades definidas e praticadas com objetividade, a burocracia transforma-se no emperramento do processo decisório, conectado a um emaranhado de regras que não permitem sua transposição”. (MATIAS-PEREIRA, 2008, p. 52)

Para atender a estas demandas, de acordo com Silva (1994), a nova função do Estado é regular o mercado para que os serviços sejam prestados aos cidadãos, desonerando a máquina administrativa e deixando-a mais ágil e receptiva à inovação gerencial. De acordo com Kliksberg (1994), a nova administração pública tem o foco no cidadão, procura suprir as suas necessidades. Segundo Bresser Pereira (1996), a estratégia usada para atingir esse objetivo é a descentralização e o incentivo à criatividade e à inovação. Envolve, ainda, uma mudança de gerência em uma estrutura administrativa reformada, baseada na delegação de autoridade.

De acordo com Matias-Pereira (2007, p. 19), “o modelo da administração pública gerencial tem como pressupostos: descentralização das decisões e funções do Estado, autonomia no que diz respeito à gestão de recursos humanos, materiais e financeiros e ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público”. A introdução do modelo gerencial em substituição ao burocrático foi, dessa forma, acelerada com a intensificação da crise do de Estado e da sociedade capitalista moderna.

O primeiro esforço para se introduzir a administração pública gerencial no Brasil foi com o Decreto-Lei nº 200 de 1967. Para Costa (2008), esse documento trazia uma nova concepção com vistas a tomar o lugar do modelo clássico de burocratização. Ainda, segundo o autor, “esse dispositivo legal era uma espécie de lei orgânica da administração pública, fixando princípios, estabelecendo conceitos, balizando estruturas e determinando providências.” (Ibid, p. 23)

No entendimento de Bresser-Pereira (1996; 2007), o Decreto-Lei 200/67 foi a segunda reforma administrativa brasileira<sup>1</sup>. Por meio dele, procurou-se dar início à administração gerencial, dando ênfase aos princípios da descentralização e da delegação de competências. No entanto, essa reforma não obteve êxito e ficou pela metade, pois em meados da década de 70 o governo militar entrava em crise o que agravou ainda mais a situação da administração pública. Ainda de acordo com o autor, a modernização pretendida foi enterrada de vez com o retrocesso burocrático da Constituição Federal de 1988.

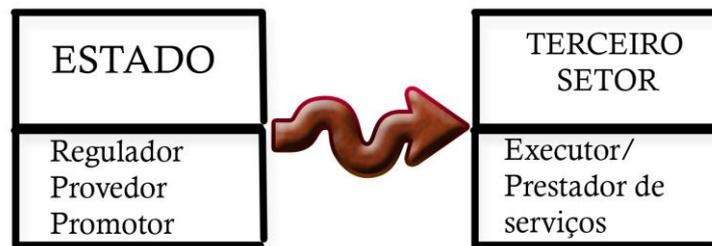
Diante disso, e como resposta às disfunções burocráticas, torna-se necessária uma terceira reforma, entra em ação o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Dessa vez o foco da reforma é a “eficiência e a qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações” (MARE, 1995, pg. 16). Ela não pretende eliminar a burocracia, mas absorve e mantém princípios, flexibilizando-os. O controle não mais estaria nos processos, mas nos resultados. Nesse novo modelo o objetivo primordial do Estado é atender às demandas do cidadão, que é encarado como um cliente. Com esse pensamento, a estratégia do Plano Diretor, voltava-se:

- Para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade;
- 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
- Para o controle ou cobrança a posteriori de resultados. (ibid, pg. 16)

Esses pontos do PDRAE deixam clara a intenção de livrar-se das amarras dos controles burocráticos exercidos principalmente pela Lei 8.666/93, que estabelece normas gerais para aquisições e contratos, e pela Lei 8.112/90, que é o regime jurídico dos servidores federais. Essa flexibilização era essencial para a eficiência do serviço oferecido pelo Estado. No entendimento de Costa (2008), “a reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto de redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, para se tornar seu promotor e regulador.

---

<sup>1</sup>Segundo o autor, a primeira ocorreu no primeiro governo Vargas, tendo como marco com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), em 1938.



**Figura 1 - Mudanças no papel do Estado**

**Fonte: elaboração própria**

A análise da conjuntura do início da década de 90, de acordo com o PDRAE, considera que havia um problema de governança, ou seja, a capacidade de governar o Estado. O governo ficava tão pressionado com questões relacionadas à sua intervenção no mercado que não conseguia atender às demandas sociais. A saída encontrada na reforma foi tirar do Estado do papel de agente indutor do desenvolvimento econômico, deixar essa função com o livre mercado, e voltar a administração pública para o lado social, utilizando como parceira as organizações do Terceiro Setor. Estimulou-se, assim, a publicização<sup>2</sup> de setores de interesse do Estado, mas de atuação não exclusiva deste. Entra em cena o Programa Nacional de Publicização. Derivam desse conceito a Lei nº 9.790/99 (Lei das OSCIP) e a Lei nº 9.637/98 (Leis das Organizações Sociais) entre outros.

Para Carvalho Filho (2006, p 351): “Na verdade, as antigas fórmulas (na prestação de serviços públicos) vêm indicando que o Estado, com o perfil que vinha adotando, envelheceu. Para enfrentar as vicissitudes decorrentes da adequação aos novos modelos exigidos para a melhor execução de suas atividades, algumas providências têm sido adotadas e outros rumos foram tomados, todos alvitando qualificar o Estado como organismo realmente qualificado para o atendimento das necessidades da coletividade”

Para o autor, tais aspectos vigentes para esse novo tipo de gestão são:

- Desestatização: Rege-se pela lei 9.491/97. É o que em lei anterior, foi chamada de privatização. Tem, dentre os objetivos fundamentais, reordenar a posição estratégica do Estado na economia, transferindo à iniciativa privada atividades indevidamente exploradas pelo setor público. No entanto, não deixa de

---

<sup>2</sup> Esse conceito será explicado no próximo tópico.

continuar sendo o titular do serviço prestado, pois transfere a sua execução mediante a delegação de concessão ou permissão do serviço, objeto da exploração e não a sua titulação;

- Gestão associada: regida pela lei 11.107/05 estabelece normas gerais sobre a formação de consorcio públicos e convênios de cooperação que são celebrados entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Visam alcançar objetivos de interesses comuns; e

- Regimes de parceria: são executados mediante aliança entre o estado e a iniciativa privada “sempre com o objetivo de fazer chegar aos mais diversos seguimentos da população, os serviços de que esta necessita e que, por várias razões, não lhe são prestados.” (José Santos de Carvalho Filho) A execução do serviço será feita por pessoas de direito privado e da iniciativa privada cabendo-lhes a execução dos serviços.

Nas palavras de Sarti e Kimura (2009, p.6-7) “Terceiro Setor é um elo de ligação entre o Primeiro e o Segundo Setor, composto de pessoas jurídicas de direito privado com finalidades filantrópicas, sem fins lucrativos, suprimindo carências e necessidades do Estado na promoção dos direitos previstos em sua Constituição e nos demais dispositivos legais com relação à prestação de serviços públicos”.

Nesse universo, várias entidades surgem tais como estão as Organizações Não Governamentais (ONG's), entidades filantrópicas, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), organizações sem fins lucrativos e outras formas de associações civis sem fins lucrativos.

Organização sem fins lucrativos são, portanto, uma denominação genérica essencial à qualquer entidade pertencente ao terceiro setor. Da mesma forma são as entidades filantrópicas que prestam serviços à comunidade, em especial, às pessoas carentes. Estas podem gozar de certos incentivos fiscais desde que preencham certos requisitos.

Organizações Não Governamentais (ONGs), são caracterizadas por ações de solidariedade no campo das políticas públicas e pelo exercício de pressões políticas em especial às populações excluídas das condições da cidadania. Possuem também as demais características das outras entidades pertencentes ao terceiro setor. Podem ainda complementar o trabalho do Estado, realizando ações onde ele

não é eficiente, podendo receber financiamentos e doações dele, e também de entidades privadas, para tal fim.<sup>3</sup>

As OSCIP e as OS obedecem aos mesmos requisitos do terceiro setor, porém com qualificação para atuarem como parceiras do Estado. As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP são regidas pela Lei 9.790/99 e tem como instrumento o termo de parceria. Já as Organizações Sociais são regidas pela Lei Federal 9.637/98

Uma das diferenças entre os esses tipos de parceria é que em uma OS a administração das entidades estatais e dos bens do patrimônio público são transferidos para entidades privadas, dotadas da titulação de Organização Social por intermédio do Contrato de Gestão. A Titulação de OS, efetivada por decreto, e outorgada pelo poder executivo da esfera pública a qual pertence. A titulação pode ser revogada com a extinção do contrato de gestão primitivo. Já a OSCIP é regida pela Lei Federal nº 9.790/99 e pelo Decreto nº 3.100/99 . Te a função de levar para a esfera pública atividades inovadoras, propostas de melhorias (incluindo melhorias de gestão e processos), novas tecnologias, fornecimento de treinamentos dos mais diversos, através de projetos por tempo determinado para ser concluída, (tais como realização de obras, por exemplo). Para Sarti e Kimura (2009, p 11) “A postergação das atividades após a implantação completa de um projeto irá se caracterizar como “gestão de um serviço público”, fugindo do escopo de atuação de uma OSCIP e, dependendo dá área envolvida, entrará no escopo de atuação de uma OS”.

---

<sup>3</sup> Fonte: Wikipédia. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o\\_n%C3%A3o\\_governamental](http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_n%C3%A3o_governamental) Acesso em 11 de julho de 2011

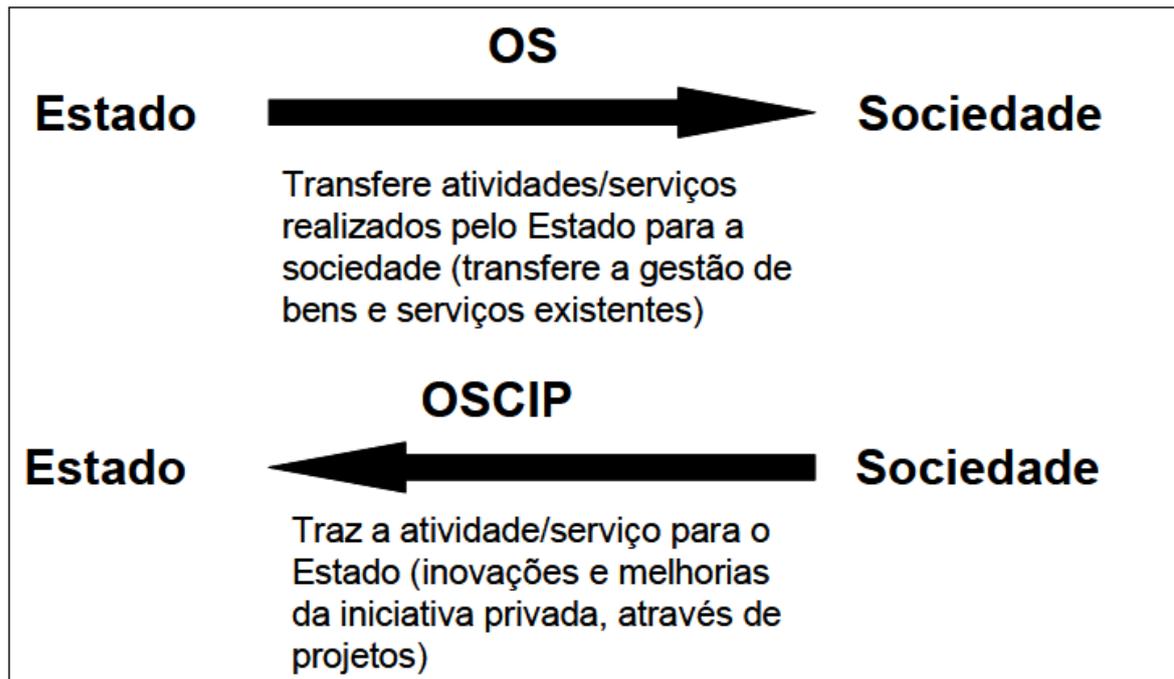


Figura 2 – Quadro comparativo entre OS e OSCIP

Fonte: O Terceiro Setor na Administração da Saúde Pública: OS ou OSCIP, quem administra?

Apesar das semelhanças, não há de se confundir parceria público-privada com a gestão por intermédio de uma organização social. Tratam-se de conceitos parecidos e a sociedade acaba por entender ambos os conceitos como outra forma ou outro nome para a privatização. No entanto referem-se a regimes jurídicos diferentes. As suas particularidades estão demonstradas na tabela abaixo:

Tabela 1 – Principais diferenças entre OS e OSCIP

	<b>OSCIP</b>	<b>OS</b>
<b>Natureza jurídica</b>	Associação ou fundação privada, sem fins lucrativos, constituída de acordo com o Código Civil.	
<b>Forma de Obtenção da titulação</b>	Simple. Ato vinculado	Discricionária
<b>Legislação</b>	Leis 9.790/99 e Decreto nº 3.100/99	Lei federal 9.637/98 e outras estaduais e municipais
<b>Ente Expedidor e Revogador</b>	Poder Executivo	
<b>Prestação de Contas / Renovação da titulação</b>	Anual	
<b>Áreas de atuação (gênero)</b>	Assistência social, educação, saúde e novos movimentos sociais: ambiental, creditícia, cultural, jurídica, pesquisa, defesa do consumidor etc.	
<b>Áreas de atuação (espécies)</b>	Áreas mais amplas.	Áreas mais restritas: ensino; pesquisa científica; desenvolvimento tecnológico; proteção e preservação do meio ambiente; cultura; saúde.
<b>Controle governamental</b>	Por resultados atingidos	
<b>Controle interno</b>	Conselho Fiscal	Conselho de Administração
<b>Forma de contratação</b>	Termo de Parceria	Contrato de Gestão
<b>Licitação</b>	Não há legislação dispensando a licitação. Pode-se selecionar a entidade por meio de concurso de projetos.	Dispensada pelo art. 24, XXIV, da lei 8.666/93.
<b>Remuneração dos dirigentes estatutários</b>	Opcional	
<b>Incentivo fiscal</b>	Sim, aos doadores	Não
<b>Dedução das doações</b>	É possível	Não é possível

Fonte: Elaboração própria com dados coletados no Portal da OAB/SP – Ordem dos Advogados do Brasil, Seção São Paulo, Comissão de Direito do Terceiro Setor - OS e OSCIP

O modelo de parceria adotado pela Secretaria de Saúde do DF foi um contrato de gestão firmado entre a Real Sociedade Espanhola de Beneficência, que

é uma Organização Social, e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal para a gestão do Hospital Regional de Santa Maria – DF.

## 2.2 Organizações Sociais

Na última década do século passado o setor público foi obrigado a passar por uma reestruturação e o investimento em projetos de longo prazo foi reduzido. A alternativa da época foi a privatização. O objetivo era desonerar o estado e garantir eficiência aos setores de infra-estrutura. Mas, segundo Brito e Silveira (2005, p.08), “o modelo puro de privatização era problemático em setores de utilidade pública com forte predominância de monopólios naturais”. Para Matias-Pereira (2008, p.4) reformas, em torno da privatização das estatais, não foram benéficas para o país. Ocasionalmente, segundo o autor, desestruturação do Estado ao invés da modernização desejada. Chega a chamar esse período de “(Des)Reforma Administrativa do governo Collor” (ibidem, p.93). No entanto, Araújo (2006, p.03) chama a atenção para o fato de que “as privatizações, por outro lado, abriram um canal para a estreita interação entre o setor público e o setor privado, de modo a se estabelecerem parcerias para a garantia de investimentos”.

Buscando a solução para o problema que se tinha com a privatização, mas procurando manter o ganho de eficiência e redução de custo proporcionado pela iniciativa privada, “governos de diversos países identificaram, na parceria com o setor privado, uma alternativa para viabilizar projetos de infra-estrutura e de provisão de serviços públicos” (BRITO e SILVEIRA, 2005, p.08).

O esforço para alterar esse quadro tem início no primeiro governo de Fernando Henrique (1995-1998), no qual se constata uma iniciativa – mesmo que incipiente- de reconstrução do Estado, com readequação de suas funções na expectativa de estabelecer as bases de um Estado regulador e promotor do desenvolvimento do país. (MATIAS-PEREIRA, 2008, p.4)

A Emenda Constitucional nº 19, de 04 de julho de 1998, proporcionou uma grande reforma na Constituição de 1998 representando grandes mudanças, em especial no que tange a Administração Pública brasileira. Dentre as suas inovações está a inclusão do parágrafo 8º.

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade. (BRASIL, 1988)

Ribeiro (2008) acrescenta que a edição do texto constitucional teve como objetivo proporcionar a transparência e racionalidade estatal. Para ele, a edição da Constituição proporciona flexibilização do regime jurídico administrativo. A liberdade de ação proporciona meios para que o Estado se aproxime da eficiência dos serviços prestados pelas empresas particulares.

As disfunções geradas pelo modelo burocrático geraram intensas críticas devido às necessidades de uma maior flexibilização na sua própria capacidade de gestão na primeira metade da década de 90. Os geradores de mudanças nas instituições públicas brasileiras tiveram como fatores “os processos de globalização, a democratização no início da década de 1980 e a expansão dos direitos sociais propiciada pela Constituição de 1988.” (FERRAREZI e AMORIM, 2007, p.10)

Face aos debates de democratização e publicização do estado passa a ser emergente um novo regime de acumulação, associado a um sistema distinto de regulamentação política e social, denominado acumulação flexível.

A reforma administrativa do Brasil se incorpora às orientações da chamada administração pública gerencial chamada internacionalmente como “*new public management*”.

Em 1998 foi aprovada a Lei 9.637/98, que define o que é uma Organização Social, como deve ser o Contrato de Gestão, entre outros assuntos com o objetivo de fortalecer a cooperação entre o Estado e o Terceiro Setor em setores considerados não exclusivos estatais, mas de interesse estratégico do governo, como é o caso da saúde. Conhecida como Plano Nacional de Publicização, essa lei é um “movimento em direção ao setor público não-estatal<sup>4</sup>, no sentido de responsabilizar-se pela execução de serviços que não envolvem o exercício do poder do Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica.” (MARE, 1998. p. 9)

---

<sup>4</sup> Setor que embora não seja de propriedade do Estado, serve ao interesse público.

O benefício em se adotar esse regime de contrato faz crer que a eficiência dos serviços prestados seja superior àqueles prestados por entes da administração pública. Este regime de contratação, de acordo com Ribeiro (2008) “é enaltecido por propiciar que a Administração Pública se aproxime, na prestação dos serviços públicos, da eficiência tida pelas empresas particulares.”

De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), a organização social é caracterizada como uma entidade civil, sem finalidades lucrativas, como prestadora de serviço de utilidade pública e de interesse social, atuante em atividades nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. A sua vinculação com o Estado faz-se por intermédio do Contrato de Gestão.

O contexto de publicização está inserido no Plano Diretor da Reforma do Estado que distingue o Estado em quatro setores estatais.

- Núcleo estratégico: refere-se aos poderes de decisão do estado (executivo, legislativo, judiciário e Ministério Público). Trata-se de onde as decisões estratégicas são tomadas.
- Atividades exclusivas: setores onde somente o estado pode realizar: poder regulamentar, fomento e fiscalização das atividades.
- Serviços não exclusivos: verifica-se onde o estado atua conjuntamente com a iniciativa privada. Envolvem direitos humanos fundamentais (como saúde e educação) e, por isso, são funções de serviço público;
- Produção de bens e serviço para o mercado: é caracterizado pelas atividades econômicas, até então, em poder do estado, mas que são voltadas para o lucro. Exemplo: setor de infraestrutura.

Em relação à propriedade e tipo ideal de gestão são caracterizados da seguinte forma:

- Núcleo estratégico: propriedade ideal é o poder estatal por ser uma atividade típica de Estado. Tipo de gestão ideal está entre o burocrático e o gerencial pois parte dos serviços prestados ainda devem ter o foco no cidadão consumidor.

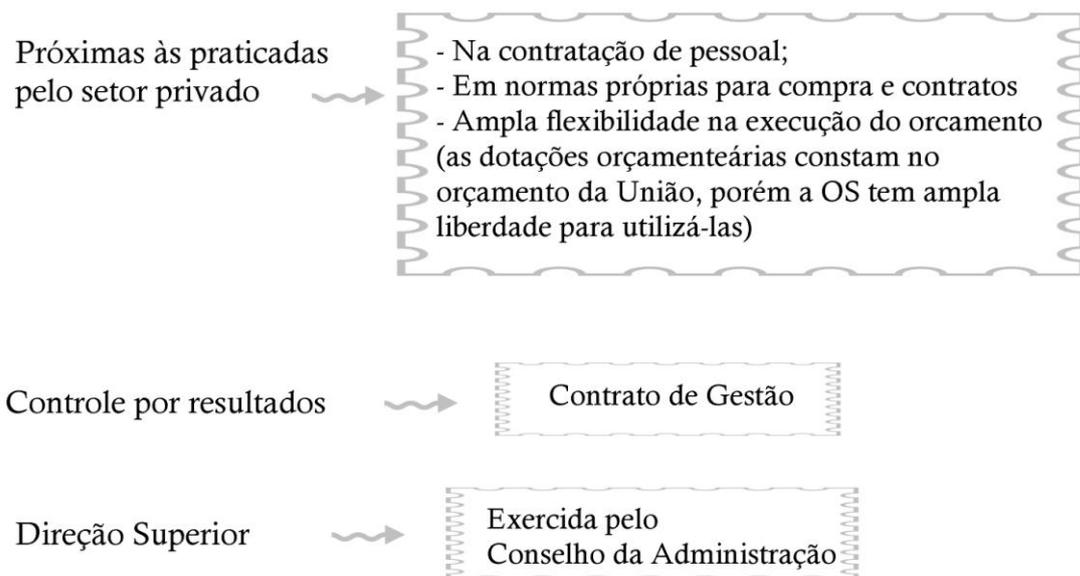
- Atividades Exclusivas: propriedade ideal deve ser, exclusivamente pública, como o próprio nome diz e o tipo de gestão adequado é o gerencial pois deve focar-se nos resultados dos serviços prestados à população.
- Núcleo não exclusivo: propriedade ideal é a pública não estatal. Não é estatal por não exercer poder do estado e não é privada pois é um tipo de serviço de caráter público. O seu foco deve ser o cidadão, portanto o tipo de gestão adequado é o gerencial pois deve focar-se nos resultados. Introduce-se aqui o conceito de publicização.
- Produção de bens e serviços voltados para o mercado: a propriedade ideal é a privada, salvo se não houver capital suficiente da iniciativa privada.

	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
<b>NÚCLEO ESTRATÉGICO</b> Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	○				○
<b>ATIVIDADES EXCLUSIVAS</b> Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	○				○
<b>SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS</b> Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus		Publicização → ○			○
<b>PRODUÇÃO PARA O MERCADO</b> Empresas Estatais			Privatização → ○		○

**Figura 3 – Tipos ideais de propriedade e gestão administrativa**

**Fonte: Plano Diretor da Reforma do Estado**

A autonomia administrativa do setor privado é maior quando comparada ao Estado, pois ao receberem a incumbência de executar o serviço, possuem liberdade para fazer aquisições de bens e serviços e não se sujeitam à Lei 8.666/93. E, para os seus funcionários não se aplica a Lei 8.112/90. Porém, o governo estabelece o controle finalístico por meio do Contrato de Gestão. O seu controle é mais fácil e direto. Temos como principais características:

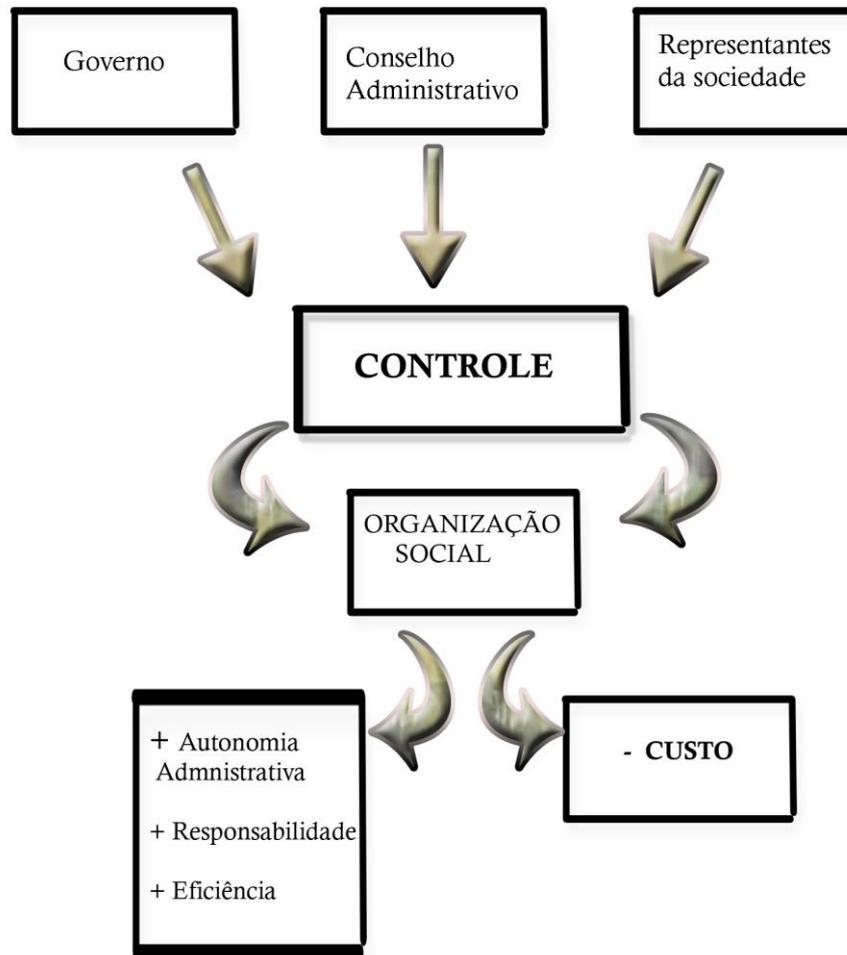


**Figura 4 - Principais características do modelo de parceria com uma OS**

**Fonte: Plano Diretor da Reforma do Estado**

O conselho da administração da OS é composto por diversos seguimentos representativos da sociedade civil. Sendo assim proporciona um maior controle por parte da sociedade. Os dirigentes, por sua vez, assumem maior responsabilidade, em conjunto com a sociedade na gestão da instituição, melhoria da eficiência e qualidade dos serviços e atendendo melhor o cidadão a um menor custo.

O controle e o planejamento da OS devem ser constantes, organizados e permanentes sendo que devem atender às expectativas dos clientes/usuários e levar em conta as condições e meios de que dispõe para o exercício da sua atividade.



**Figura 5 - Controle sobre a OS**

**Fonte: elaboração própria**

Tem como objetivos:

- Transferir serviços não exclusivos por um programa de publicização
- Maior autonomia e flexibilidade
- Maior foco no cidadão-usuário
- Controle direto por parte da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação de desempenho
- Maior parceria entre a sociedade e o estado.

- Ênfase nos resultados.

A sua principal distinção ao antigo sistema burocrático é com relação à sua finalidade: ênfase nos resultados x ênfase nos meios e controle finalístico x controle processualístico. As atividades não exclusivas do estado, devem ser publicizadas; entidades estatais extintas após a publicização das suas atividades, e não convertidas em OS.

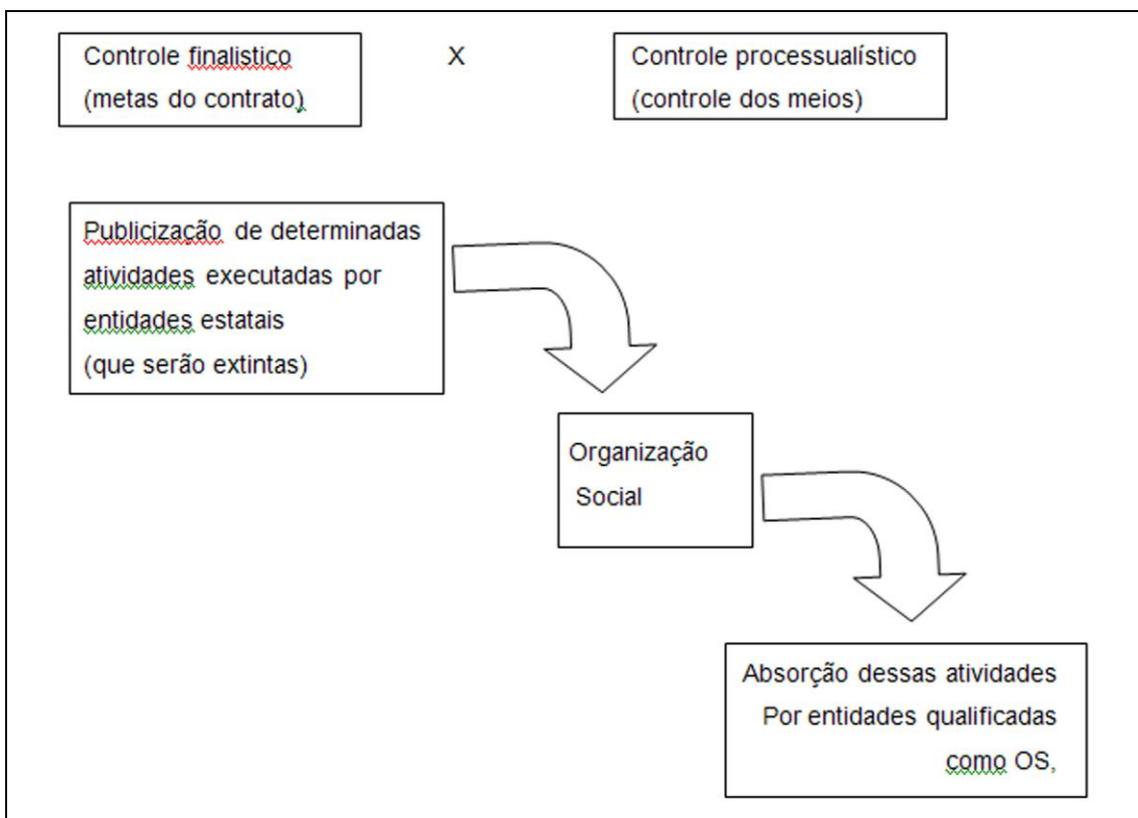


Figura 6 - Principais características de uma OS

Fonte: elaboração própria

## 2.3 Contrato de Gestão

O instrumento de implementação dessa parceria é o contrato de gestão onde devem estar definidas as metas (e seus indicadores), obrigações, responsabilidades,

recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades. O Estado, por intermédio desse instrumento, poderá balizar o valor gasto para a manutenção do contrato e a execução do seu propósito, fazendo dessa forma um controle de resultados.

É, dessa forma, um instrumento de supervisão do ente público e destina-se principalmente à:

- clarificar o foco da instituição, interna e externamente
- oferecer uma base para se proceder à comparação entre o atual desempenho da instituição e o desempenho desejado
- definir níveis de responsabilidade e responsabilização
- possibilitar os controles social, por resultados e por comparação com outras entidades. (MARE, 1998)

Não significa dizer que este instrumento é inflexível. Pelo contrário, deve ser flexível e dinâmico de forma que seus elementos básicos se adaptem a ajustes decorrentes de situações peculiares. Deve se adaptar à realidade do universo o qual está inserido, estando, dessa forma, sujeito a mudanças. “Deve adotar estratégias que se mostrem necessárias para oferecer à instituição melhores condições para o atingimento dos objetivos e metas acordados. Além disso, o acompanhamento do desempenho institucional pelo contrato de gestão permitirá que se redefinam os objetivos e metas pactuados, caso as circunstâncias em que atua a instituição sofram alterações que justifiquem uma redefinição. Por outro lado, o contrato também se prestará a avaliação do desempenho dos gestores da instituição” (MARE, 1998). Citando como exemplo, o contrato de gestão do Hospital do estudo de caso teve três termos aditivos.

A Lei nº 9.637/98 estabeleceu critérios para que entidades privadas sem fins lucrativos (associações, fundações ou sociedades civis), que exerçam atividades de interesse público, sejam qualificadas como Organização Social. Esse título permite que a instituição receba recursos orçamentários e administre serviços, instalações e equipamentos do Poder Público, após ser firmado um Contrato de Gestão com o Governo Federal.

De acordo com a Lei nº 9.637/98, são requisitos para a qualificação em organização social:

- Art. 2º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:
- I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:
- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;

- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da diretoria;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- g) no 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, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados; (BRASIL, 1988)

No entanto, assim como outras regiões que tiveram experiências no contrato de gestão, o Distrito Federal possui legislação própria no que tange às Organizações Sociais: Lei Distrital nº4.081/08.

Tabela – 2 Lei Federal X Lei Distrital

	LEI FEDERAL	LEI DISTRITAL
	LEI Nº 9.637/98	LEI 4.081/08
Publicação dos Relatórios Financeiros e de Execução do Contrato de Gestão	Anual	Trimestral
Composição do Conselho da Administração	a) 20 a 40% de membros natos representantes do Poder Público;	a) até 55%, no caso de associação civil, de membros eleitos entre os membros ou os associados;
	b) 20 a 30% de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto;	b) 35% de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, entre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;
	c) até 10%, no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;	c) 10% de membros eleitos pelos empregados da entidade.
	d) 10 a 30% de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;	
	e) até 10% de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto;	
Obrigatoriedade de Projeto Básico	não (questão em aberto)	sim
Mandato dos Membros	2 anos para o primeiro mandato. Mandato de 4 anos para os posteriores.	2 anos para o primeiro mandato
Restrições aos Membros	Não possui	Não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o 3º grau do Governador, Vice-Governador, Secretários de Estado e dirigentes de organização social;
Publicidade do contrato de gestão	Não se manifesta	No sítio do Governo na internet e no Diário Oficial do Distrito Federal.
Apresentação de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.	Ao término de cada exercício ou a qualquer momento por interesse público	A cada tres meses ou por interesse público
O Secretário de Estado fará publicar, no sítio do Governo na internet e no Diário Oficial, os relatórios da comissão de avaliação e da organização social	Não se manifesta	A cada trimestre
Parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pelas organizações sociais ao Tribunal de Contas ou à Câmara Legislativa do Distrito Federal.	Não se manifesta	Qualquer cidadão
Encaminhamento feito pela secretaria de Estado de Planejamento e Gestão	Não se manifesta	A Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão encaminhará trimestralmente à Câmara Legislativa do Distrito Federal relatório contendo: I – relação dos contratos de gestão firmados pelo Distrito Federal com as organizações sociais; II – valor dos contratos de gestão firmados pelo Distrito Federal com as organizações sociais; III – objeto e metas dos contratos de gestão firmados pelo Distrito Federal com as organizações sociais

Fonte: elaboração própria

Vale a pena citar que o tema é controverso no universo jurídico. A relação entre a Organização Social e a Administração Pública é, em sua essência, contratual. Dessa forma, seria, segundo doutrinadores da área jurídica, inconstitucional o art. 24, XXIV da Lei 8.666: “É dispensável a licitação: (...)XXIV - para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão.”

Algumas críticas são estabelecidas quanto à dispensa de licitação para contratos de gestão e ao Art. 2º, II, que trata dos requisitos para a habilitação de entidades privadas como Organização Social, “haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado.”

Enquanto para travar relações contratuais singelas (como um contrato de prestação de serviços ou de execução de obras) o pretendente é obrigado a minuciosas demonstrações de aptidão, inversamente, não se faz exigência de capital mínimo nem demonstração de qualquer suficiência técnica para que um interessado receba bens públicos, móveis ou imóveis, verbas públicas e servidores públicos custeados pelo Estado, considerando-se bastante para a realização de tal operação a simples aquiescência de dois Ministros de Estado ou, conforme o caso, de um Ministro e de um supervisor da área correspondente à atividade exercida pela pessoa postulante ao qualificativo de ‘organização social’. Trata-se, pois, da outorga de uma discricionariedade literalmente inconcebível, até mesmo escandalosa, por sua desmedida amplitude, e que permitirá favorecimentos de toda a espécie. Há nisto uma inconstitucionalidade manifesta, pois se trata de postergar o princípio constitucional da licitação (art.37, XXI) e, pois, o princípio constitucional da isonomia (art. 5º), do qual a licitação é simples manifestação punctual, conquanto abrangente também de outro propósito (a busca do melhor negócio). (MELO,2005, p. 221-226)

Segundo MARE (1998), um contrato de gestão deve conter como cláusulas mínimas:

- Objeto: deve especificar de forma clara o contexto institucional do setor de atuação da instituição contratada. No contrato de gestão para o hospital regional de santa Maria consta:

- objetivo: obter o fortalecimento da supervisão e os controles ministeriais sobre os resultados das políticas públicas sob sua responsabilidade; melhorar o processo de gestão da instituição contratada; permitir o controle social sobre os resultados esperados e dar-lhes publicidade.
- metas<sup>5</sup>: Estipulação dos resultados e metas a serem atingidos com os respectivos prazos de execução e indicadores de efetividade, eficácia e eficiência.
- obrigações da contratada: deve ser claro e objetivo. Serve como uma orientação estratégica para o cumprimento das metas, otimização dos processos e a capacitação das pessoas.
- valor: estabelece o custo do contrato
- acompanhamento e avaliação dos resultados: dispõe sobre a periodicidade dos relatórios, níveis de cumprimento de metas auditorias e orientações para revisão e correções de metas ou condições.
- suspensão: estabelecer critérios para a sua ocorrência a fim de melhor adequação ao seu objeto, na ocorrência de eventuais mudanças substanciais no contexto que impossibilitem o alcance das metas”
- publicidade e controle social: dispõe sobre a obrigatoriedade de publicação do contrato de gestão, termos aditivos, relatórios finais e parciais em diário oficial da união e em outros meios físicos e eletrônicos.
- rescisão: dispõe as possibilidades em que o contrato pode ser rescindido pelas partes, a qualquer tempo.
- desqualificação e penalidades: em caso de uma eventual rescisão contratual, a instituição será desqualificada por iniciativa do ministério supervisor mediante decreto. Seus dirigentes sujeitar-se-ão, em conjunto ou isoladamente, ao afastamento da função e ou às penalidades previstas na legislação pertinente.

---

<sup>5</sup> No que condiz às metas, Matias ressalta que a “adoção de ações inovadoras na gestão do setor público é essencial para que o Estado tenha um perfil inteligente-mediador-indutor sempre orientado pela busca de maior eficiência, eficácia e efetividade”. A busca pela excelência também se faz essencial. Complementa que “o Estado inteligente-mediador-indutor deve ser entendido como aquele capaz de promover a criação de valor público, a geração de capital social, o engajamento cívico, a coordenação de atores público e privados, a inclusão social e o compartilhamento de responsabilidades.”

As cláusulas devem abranger sobre:

- As disposições estratégicas: “objetivos da política pública à qual se refere, missão, objetivos estratégicos e metas institucionais com seus respectivos planos de ação.”
- Indicadores de desempenho: “forma de representação quantificável, e também de natureza qualitativa, para mensuração do atingimento das metas propostas, tendo como base um determinado padrão de excelência adotado ou convencionado, para julgamento da adequação do nível de realização de cada meta programada, considerando o horizonte de tempo para a avaliação;”
- definição de meios e condições para execução das metas pactuadas: tais como recursos (orçamentários, patrimônio, pessoal etc.) níveis de autonomia, flexibilidades;
- sistemática de avaliação: tri ou quadrimestralmente o ministério supervisor e a instituição deverão programar reuniões de acompanhamento e avaliação, para a verificação objetiva do grau de atingimento das metas, com base nos seus indicadores. Os resultados alcançados deverão ser objeto de análise, pelo ministério supervisor, que norteará as correções necessárias de rumo, para possibilitar a plena eficácia do instrumento. Durante esse acompanhamento, é importante a avaliação da eficácia de seus indicadores, podendo, em comum acordo com o ministério supervisor, alterá-los por meio de aditivos ao contrato, caso se mostrem inadequados à aferição que se pretende realizar.”

A formulação de um contrato de gestão tem como requisitos básicos:

- contexto institucional: trata-se da explicitação do contexto público levando em conta os objetivos da política pública, legislação pertinente e considerações que façam jus a este tipo de contratação. Por algumas vezes, essa contextualização não está bem explicitada necessitando dos gestores um esforço para que esse contexto se verifique.

- planejamento estratégico da instituição: deve-se identificar a visão, missão, objetivos organizacionais e sua viabilidade de forma clara e coerente com a política pública
- metas, respectivos indicadores de desempenho e planos de ação: a fim de viabilizar o projeto.

Com relação ao monitoramento e avaliação, segundo Bresser-Pereira (1998), consiste na fase mais relevante, pois é nessa fase que se verifica a eficácia e eficiência do contrato. Significa também um instrumento efetivo de gestão estratégica para a entidade contratada. É relevante também no sentido de se verificar um possível descumprimento das metas estipuladas e a necessidade de uma possível reavaliação do contrato. Deve ser feito de constantemente a fim de se evitar desvios. O ciclo de suas ações envolve a geração de relatórios parciais e anual; avaliação institucional e auditorias:

- relatórios de desempenho: são formulados a fim de prover a instituição e o ministério supervisor sobre o cumprimento das metas conter informações de forma concisa e compreensível inclusive à quem não pertence às instituições. É útil também para a tomada de decisões. Suas espécies são parciais (tri ou quadrimestrais) e anuais e devem ser suficientes para verificar o cumprimento dos compromissos acordados, verificar se há falhas graves na concepção ou viabilidade de execução dos compromissos, “avaliar se a instituição é capaz de apontar as causas e conseqüências na consecução dos objetivos e metas” e “se há necessidade da atuação de supervisores do contrato junto a outras instancias governamentais no sentido de se buscarem melhores condições de viabilidade de atingimento dos compromissos acordados.” (MARE, 2008, v. 9, p.29)
- avaliação institucional – in loco
- auditorias: a serem realizadas pelo órgão competente de controle e pelo Tribunal de Contas da União, “basicamente se restringirão à verificação dos resultados pactuados e a utilização de recursos públicos. ( MARE, v. 2, p. 43)

Matias-Pereira (2008, p.69) aponta o *accountability* como um termo capaz de qualificar o “conjunto de mecanismos e procedimentos que levam os decisores

governamentais a prestarem contas dos resultados de suas ações, garantindo-se maior transparência e a exposição das políticas públicas.” Aponta que quanto mais os cidadãos puderem ter mecanismos claros para acompanhar a intenção dos governantes em atuar em função do interesse da coletividade, mais *accountable* é o governo.

## **2.4 Breve histórico: Organizações Sociais de Saúde em São Paulo.**

O modelo de gestão em hospitais públicos participantes do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de Organizações Sociais de Saúde – OSS, que foi iniciado no Estado de São Paulo a partir de 1998, introduziu novos conceitos de relacionamento com o terceiro setor. Essa parceria se mostrou eficiente e permitiu excelente nível de qualidade na prestação de atendimentos à população, em especial as regiões, até então, carentes em serviços de saúde, principalmente na região metropolitana de São Paulo.

Essa iniciativa foi inovadora e decorreu da decisão governamental de retomar e terminar 15 obras inacabadas de hospitais, iniciadas em gestões anteriores. Buscava-se maior agilidade e autonomia administrativa destes novos hospitais, que dificilmente encontramos, de modo geral, nas instituições sob administração direta do Estado.

A área de recursos humanos conquistou avanços importantes, a nova proposta permitiu a contratação de gerentes eficientes com remuneração adequada, bem como dos demais funcionários, com possibilidade de mecanismos de administração de pessoal inexistentes na administração pública tradicional. Por outro lado, é importante lembrar que sem essa proposta, não seria possível naquele momento, a contratação de funcionários para as unidades, uma vez que a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000) e, anteriormente, a Lei Camata (Lei Complementar n.º 82/ de 27 de março de 1995), limitavam os gastos do governo de São Paulo, com a folha de pagamento de funcionários.

Para efetivar a nova parceria, o Governo aprovou a Lei Complementar 846/98, que autoriza o Poder Executivo a qualificar, como Organizações Sociais da

Saúde - OSS, entidades sem fins lucrativos, com experiência comprovada no gerenciamento do setor saúde. (BARRADAS e MENDES, 2006)

Todos os hospitais abrangidos por essa iniciativa têm características de hospitais gerais, com tamanho médio de 250 leitos, abrangendo clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia. Todos contam com atendimento de urgência/emergência, UTI de adultos e pediátrica. Em vários serviços são oferecidos atendimentos especializados conforme a necessidade das regiões nas quais se localizam, como cirurgia cardíaca, neurocirurgia, hemodiálise, transplantes. (BARRADAS e MENDES, 2006).

## **3 METODOLOGIA DE PESQUISA**

### **3.1 Tipo de Pesquisa**

O trabalho proposto apresenta-se como um estudo de caso, verificando se há vantagem no modelo de contratos de gestão em um hospital público. Assim, ao mesmo tempo em que faz uso do conhecimento teórico, também é descritivo, demandando o uso de dois modelos analíticos complementares: exploratório e histórico. Para tanto serão utilizadas as seguintes ferramentas de pesquisa: pesquisa bibliográfica, entrevista com os gestores do hospital, análise de dados quantitativos e análise de registros da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

### **3.2 Variáveis**

A nossa estratégia geral de pesquisa está baseada em proposições teóricas. Nosso método principal de análise utiliza variáveis dependentes não-equivalentes tidas como padrão. (YIN, 2001). Nossa proposição inicial é que, se há alguma vantagem para a administração pública ao celebrar um contrato de gestão com uma organização social, esta tem que ser econômica e/ou em termos de eficiência do serviço prestado. A literatura aponta para a maior eficiência do parceiro privado na administração. Dessa forma, esperamos alterações em duas variáveis: o custo do leito por ano e um serviço de assistência hospitalar mais eficiente, traduzido no cumprimento das metas do contrato.

### **3.3 Caracterização da organização, setor ou área do objeto de estudo**

- Empresa: Hospital Regional de Santa Maria - HRSM

- Estatuto jurídico: Entidade da Administração Direta do Governo do Distrito Federal com personalidade jurídica de direito público.
  - Área de Atuação: Setor da Saúde
  - Missão: prestar assistência a saúde de qualidade com foco na alta complexidade, ensino, pesquisa e contínua inovação tecnológica e responsabilidade social
  - Valores: Ética profissional, busca da qualidade, assistência integral e humanizada, valorização das pessoas, aprimoramento técnico científico.
  - Visão de futuro: Estabelecer-se como referência na gestão de saúde pela qualidade da assistência prestada, efetiva capacitação dos profissionais de saúde e promoção de melhorias na qualidade de vida da população.

### **3.4 População e amostra (ou participantes do estudo)**

Os participantes do estudo da entrevista qualitativa foram o diretor e os gestores administrativos dos hospitais de Santa Maria, além de gestores de áreas específicas, tanto da SES quanto do Hospital (gestores que participaram do processo do contrato de gestão pela Real Sociedade Espanhola de Beneficência). Estes participantes foram escolhidos porque são os gestores, responsáveis pela administração dos hospitais estudados e de áreas específicas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. As unidades da SES são as que gerem todo o sistema de saúde do DF, incluindo hospitais, centros de saúde, áreas administrativas, e outras pertencentes ao setor. Foram visitadas as áreas, in loco, e entrevista de forma semi estruturada em busca de informações referentes à dados estatísticos e a como é o funcionamento dessa área específica.

## 4 ESTUDO DE CASO

### 4.1 Contextualização

A Constituição Federal de 1988 elencou a saúde como direito fundamental, universal e estabeleceu que é dever do Estado prestar essa assistência:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (...) São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988, Artigos 196 e 197)

A Carta Magna traz em seu texto a criação do Sistema Único de Saúde – SUS – do qual também participa a iniciativa privada. A Constituição ampliou a rede pública permitindo que dela também participem hospitais e clínicas particulares:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.  
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.(BRASIL, 1988)

No Distrito Federal, a assistência em saúde na capital federal teve início em 1960 com a criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Em 1981 foi instituída a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Todas as 30 Regiões Administrativas (RA) são englobadas pela assistência em saúde do DF, mas nem todas possuem uma Regional de Saúde, como é o caso, por exemplo, da RA XXVII – Jardim Botânico e RA XXVIII – Lago Norte, que são atendidas pela Regional de Saúde da Asa Norte. A RA XXXX – Santa Maria possui apenas dois centros de saúde, inaugurados em 1998, e, a unidade hospitalar foco do nosso estudo. O hospital mais próximo é o do Gama, que, aliás, era o único em uma região com população de mais de 650 mil pessoas. Seu atendimento compreendia, antes da

inauguração do hospital, a sua própria região, Santa Maria, além de cidades vizinhas do DF, como Valparaíso, Novo Gama, Cidade Ocidental e Luziânia.

Diante da falta de assistência à saúde na região, em fevereiro de 2005 começou a ser construído o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM). Em setembro de 2006 suas obras foram paralisadas e retomadas em abril de 2007. Em abril de 2009 foi entregue à população com seis blocos e com seis pavimentos cada um. As obras custaram R\$ 110 milhões. O Governo do Distrito Federal (GDF) comprou os equipamentos, no valor de pouco mais de R\$ 26 milhões dos quais 90% desses recursos são do Ministério da Saúde e os outros 10% do GDF.

Em 2008 o GDF decidiu que o HRSM seria administrado por uma Organização Social. Para tanto, em 04 de janeiro daquele ano é aprovada a Lei nº 4.081/08, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no âmbito do Distrito Federal, regulamentada pelo Decreto nº 29.870/08. Com o marco legal pronto é lançado o Edital de Concorrência SES/DF-01/2008. Tem início, então, uma licitação que se torna alvo de inúmeras ações na justiça. O Ministério Público, parlamentares, sindicatos de funcionários da saúde e outros agentes sociais, entendendo que o objeto do certame era a terceirização da saúde pública empreendem um verdadeiro embate jurídico contra o projeto. A cada liminar a licitação era autorizada e depois paralisada novamente. Em novembro de 2008 a Lei 4.081/08 é alterada e em seguida regulamentada novamente. O GDF desiste da licitação. Em 21 de janeiro de 2009 é feita uma dispensa a licitação<sup>6</sup> e assina o Contrato de Gestão com a Real Sociedade Espanhola de Beneficência.

No dia 23 de abril de 2009 foi inaugurado o Hospital Regional de Santa Maria. Com 381 leitos, ambulatório com capacidade para até 15 mil consultas eletivas por mês, 42 leitos de observação, serviço de pronto socorro e emergência e capacidade para realizar até 16 mil atendimentos por mês. Para acabar com as filas, as consultas eram marcadas por telefone, por meio de uma Central de Marcação de Consultas, formada por 10 operadores atendendo diariamente das 7 às 19h.

De janeiro de 2009 a janeiro de 2011, por meio de um contrato de gestão, a administração do hospital foi realizada pela RSEB, tema da nossa próxima seção. Na seção subsequente será analisado o contrato de gestão.

---

<sup>6</sup> Dispensa de licitação nº 07/2009 da SES/DF

## 4.2 O Contrato de Gestão nº 01/2009 - SES/DF

Como visto no referencial teórico, o Contrato de Gestão é o instrumento que regula a relação entre o Estado e a OS. Por meio desse contrato o governo espera oferecer mais e melhores serviços públicos aos cidadãos, focando os resultados. Desse modo, a OS é controlada pelo serviço prestado, pelo confronto entre as metas estabelecidas e o resultado alcançado. É por isso que o modelo prevê flexibilidade orçamentária para contratação de funcionários e compra de bens e serviços, o que a literatura afirma ser a maior vantagem da parceria para o Estado.

A justificativa para a celebração do Contrato de Gestão está no Edital de Dispensa de Licitação, item 3, reproduzido abaixo:

3.1 A contratação dos serviços objeto do contrato a ser firmado tem como objetivo geral organizar e implantar as ações de assistência à saúde no Hospital, constituindo equipe interdisciplinar da melhor qualidade para prestar serviços de assistência integral à clientela que demande ao hospital, sob risco de vida ou não, além de garantir manutenção predial e dos equipamentos da Unidade, com a melhor tecnologia exigível na prestação dos serviços que representam o perfil do Hospital Regional de Santa Maria – SES/DF.

Como objetivos específicos visa:

- Garantir o acesso da população ao Hospital Regional, o mais próximo possível das residências dos beneficiários do SUS;
- Oferecer serviços de média complexidade a nível secundário, proporcionando referência e contra-referência e conseqüentemente a integralidade da assistência e conformação do Sistema Assistencial Regional;
- Dar maior resolutividade aos serviços de saúde do DF, garantindo apoio diagnóstico e terapêutico;
- Reduzir a grande demanda de pacientes aos hospitais da rede, em especial ao Hospital Regional do Gama, referência de atendimento médico-hospitalar na Região Sul de Saúde do DF;
- Atender demanda local e dar suporte aos hospitais da rede com o aumento do número de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), onde será ofertada a possibilidade de hemodiálise para os pacientes de cuidados intensivos com essa necessidade.

Podemos entender, conforme o trecho transcrito, que os objetivos a serem alcançados não trazem qualquer novidade por se tratar de um Contrato de Gestão.

Mas o item de justificativa continua e no item 3.2 define os resultados esperados:

- “Aumento da eficiência do Programa de Saúde da Família, com a possibilidade de retaguarda dos exames de SADT e apoio de especialidades, com os profissionais e serviços do novo Hospital Regional

de santa Maria, diminuindo a necessidade de deslocamento para realização desses procedimentos e consultas em outras unidades do DF.

- Melhoria nos indicadores de saúde devido à presença de suporte tecnológico às ações coletivas de saúde.
- Satisfação do usuário do SUS, que passa a ter assistência mais próxima de seu domicílio.
- Equilíbrio na oferta de assistência pública de saúde do Distrito Federal pela melhor distribuição da capacidade instalada, a exemplo com melhoria da condição de trabalho no Hospital Regional do Gama, com menor demanda nos hospitais da rede do DF.”

Como visto, as justificativas apresentadas no Edital de Dispensa de Licitação não explicam qual a vantagem de se celebrar o Contrato de Gestão nem definem os critérios de escolha da Organização Social. Podem depreender, então, que a vantagem esperada pelo GDF, resultante da parceria com a OS está implícita nas metas quantitativas e qualitativas. Elas foram estabelecidas pela Secretaria de Saúde quando da elaboração do Projeto Básico. Subtende-se, então, que ao serem definidas, a SES/DF tenha levado em consideração a maior flexibilidade e eficiência gerencial da Organização Social. Não seria racional esperar da OS um rendimento igual ou inferior ao da rede pública.

#### **4.2.1 O Custo Anual por Leito**

Antes de analisarmos as metas, e para entendê-las melhor, vamos tratar primeiro dos valores do contrato. Para a “organização, implantação, execução e operacionalização das ações e serviços de saúde” (Cláusula Terceira do Contrato de Gestão) foi contratado o valor total de R\$ 222.000.000,00 para o período de 2 anos, sendo R\$ 85.000.000,00 para o ano de 2009 e R\$ 137.000.000,00 para o ano de 2010. Essa diferença é explicada porque o Projeto Básico estimou para o primeiro ano de funcionamento o valor total de R\$ 85.000.000,00 por essa a fase de organização (quatro primeiros meses) e implantação (5 meses subseqüentes), na qual não foi prestada a totalidade dos serviços contratados. O HRSM foi inaugurado em Abril de 2009. Em 2010 o HRSM já estaria em operação plena e, segundo o item 4.1 do Edital de Dispensa de Licitação, o valor anual necessário para a operacionalização do hospital foi estimado em 137.000.000,00, equivalente a doze parcelas mensais de 11.416.000,00. Para o nosso estudo utilizaremos o valor de 2010, que pressupõe a oferta de todos os serviços contratados e, conseqüentemente, o alcance das metas devidas.

O anexo I do Projeto Básico traz um “Estudo de Custos para estimativa de Impacto Orçamentário-Financeiro na implantação e manutenção das atividades assistenciais do Hospital Regional Santa Maria-DF”. Este estudo foi elaborado por uma consultoria externa, no período de abril e maio de 2008, utilizando dados de janeiro a dezembro de 2007 disponíveis na Secretaria de Saúde. O documento foi elaborado para dar suporte e foram publicadas com o Edital de Concorrência SES/DF-01/2008, ou seja, para um processo licitatório. Ele nos informa que a estimativa do custo mensal do HRSM, quando em pleno funcionamento, seria de R\$ 9.915.550,62. Se multiplicarmos por 12 meses, vamos encontrar o valor de R\$ 118.986.607,44 ao ano dos quais R\$ 42.157.274,40 seria para os insumos e R\$ 76.829.333,04 em valores para recursos humanos. Se dividirmos esse valor pelos 381 leitos, encontraremos o valor de R\$ 312.300,80 por leito ao ano, conforme tabela 3 e tabela 4.

**Tabela 3 - Estimativa de dispêndio leito/ano segundo anexo I do Projeto Básico**

<b>TOTAL/mês</b>	<b>R\$ 9.915.550,62</b>
<b>TOTAL/ano</b>	<b>R\$118.986.607,44</b> Insumos..... R\$ 42.157.274,40 Recursos Humanos .....R\$ 76.829.333,04
Número de leitos no HRSM	381
<b>Custo estimado por leito para o HRSM para o edital de licitação</b>	<b>R\$ 312.300,80 leito/ano</b>

Fonte: Elaboração própria com dados do anexo I do Projeto Básico

**Tabela 4 - Estimativa de dispêndio anual de custeio para o 2º ano de atividade plena (Atividade Plena)**

Custos	Valores (2007)
1. Custos Variáveis	786.600,00
1.1. Medicamentos	342.000,00
1.2. Materiais	444.600,00
1.2.1. Mat. Hosp.	380.000,00
1.2.2. Gases Medicinais	64.600,00
2. Custos Fixos	9.128.950,62
2.1. Pessoal	6.402.444,42
2.1.1. Salários	3.810.978,82
2.1.2 Encargos/Benefícios	2.591.465,60
2.2. Materiais / Serviços Diversos	1.195.010,00
2.2.1 Higienização	238.000,00
2.2.2. Serv Nutr. E Diet	632.272,50
2.2.3. Mat. Expediente	35.500,00
2.2.4. Combustível/Lubrificantes	28.000,00
2.2.5. GLP	12.000,00
2.2.6. Lavanderia	133.237,50
2.2.7. Vigilância	116.000,00
2.3. Manutenção	152.000,00
2.3.1. Serviços Manutenção	152.000,00
2.4. Seguros/Impostos/Tx	249.600,00
2.4.1. Impostos/Taxas	249.600,00
2.6. Prest. Serviços Terc.	845.000,00
2.6.1 Laboratório Patologia Clínica e Anátomo-Patologia	845.000,00
2.7. Instrumentos Cirúrgicos e Rouparia	94.000,00
2.8. Serviços de Informática/Impressão	26.000,00
<b>Custo Mensal</b>	<b>9.915.550,62</b>

**Fonte: Projeto Básico para Organização, Implantação e Operacionalização das Ações e Serviços de Saúde no Hospital Regional de Santa Maria - Página 34**

Ainda, o anexo I faz referência a outro estudo, este realizado pela Subsecretaria de Programação Regulação Avaliação e Controle (SUPRAC), órgão da própria Secretaria de Saúde, tendo como base a execução orçamentária de 2007. Com objetivo de encontrar o valor gasto anualmente por leito na rede pública de saúde do Distrito Federal, foram feitos descontos relativos a gastos com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Hemocentro, Vigilância em Saúde, processos administrativos e atenção primária. Como resultado, o estudo informa que foi gasto R\$ 1.253.187.062,45 com todos os hospitais da

SES/DF em 2007. Desse valor, R\$ 601.280.899,79 são gastos com insumos e R\$ 651.906.162,66 são custos com recursos humanos. Uma vez que em 2007 existiam 3.886 leitos na rede pública do DF, o gasto por leito ao ano foi de R\$ 322.487,66. O qual podemos decompor, utilizando o mesmo critério da SUPRAC/SES/DF para o valor total. Assim encontraremos que, por leito/ano, foi gasto R\$ 154.730,03 com insumos e R\$ 167.757,63 com pessoal. Utilizando esse valor para o custo leito/ano, teremos o valor de R\$ 122.867.798,46 como estimativa caso a SES administrasse o HRSM. Do valor utilizado, R\$ 58.952.141,43 são para gastos com insumos e R\$ 63.915.657,03 para gastos com pessoal, conforme tabelas 5 e 6.

**Tabela 5 - Custo estimado para o HRSM sob administração da SES/DF**

<b>TOTAL/ano</b>	<b>R\$ 1.253.187.062,45</b> Insumos..... R\$ 601.280.899,79 Recursos Humanos .....R\$ 651.906.162,66
Número de leitos na SES/DF	3.886
<b>Custo anual do leito na SES/DF</b>	<b>R\$ 322.487,66 leito/ano</b> Insumos..... R\$ 154.730,03 Recursos Humanos .....R\$ 167.757,63
<b>Número de leitos no HRSM</b>	<b>381</b>
<b>Custo TOTAL estimado para o HRSM sob administração da SES/DF (anual)</b>	<b>R\$ 122.867.798,46</b> Insumos..... R\$ 58.952.141,43 Recursos Humanos .....R\$ 63.915.657,03

Fonte: Elaboração própria com dados do anexo I do Projeto Básico

**Tabela 6 - Estimativa dos gastos da SES/DF por leito hospitalar em 2007**

Item de despesa	Custo total ano	Custo por leito	Mensal/leito	%
Medicamento e Material médico hospitalar	R\$ 216.284.689,97	R\$ 55.657,41	R\$ 4.638,12	17,26%
Orteses e próteses	R\$ 14.684.561,81	R\$ 3.778,84	R\$ 314,90	1,17%
Exames especializados e de imagem	R\$ 25.501.294,45	R\$ 6.562,35	R\$ 546,86	2,04%
Alimentação hospitalar	R\$ 50.635.120,77	R\$ 13.030,14	R\$ 1.085,84	4,04%
Manutenção de equipamentos médicos	R\$ 34.124.487,44	R\$ 8.781,39	R\$ 731,78	2,72%
Oxigênio	R\$ 11.141.914,99	R\$ 2.867,19	R\$ 238,93	0,89%
Manutenção de caldeiras	R\$ 2.567.766,86	R\$ 660,77	R\$ 55,06	0,20%
Combustíveis e óleo de caldeira	R\$ 11.914.476,00	R\$ 3.066,00	R\$ 255,50	0,95%
Serviços de limpeza	R\$ 72.392.777,34	R\$ 18.629,12	R\$ 1.552,43	5,78%
Serviços de vigilância	R\$ 62.431.062,86	R\$ 16.065,64	R\$ 1.338,80	4,98%
Serviços de manutenção predial	R\$ 21.638.721,49	R\$ 5.568,38	R\$ 464,03	1,73%
Manutenção de veículos (SES)	R\$ 2.261.511,43	R\$ 581,96	R\$ 48,50	0,18%
Serviços públicos (água, luz e telefone)	R\$ 53.490.683,86	R\$ 13.764,97	R\$ 1.147,08	4,27%
Serviços de informática	R\$ 15.894.818,49	R\$ 4.090,28	R\$ 340,86	1,27%
Serviços administrativos	R\$ 2.271.732,00	R\$ 584,59	R\$ 48,72	0,18%
Serviços FUNAP/TRANSP de exames	R\$ 2.483.129,57	R\$ 638,99	R\$ 53,25	0,20%
Suprimento de fundos	R\$ 1.562.150,46	R\$ 401,99	R\$ 33,50	0,12%
Total parcial	R\$ 601.280.899,79	R\$ 154.730,03	R\$ 12.894,17	47,98%
Pessoal Ativo	R\$ 561.906.162,66	R\$ 167.757,63	R\$ 13.979,80	52,02%
Total Geral	R\$ 1.253.187.062,45	R\$ 322.487,66	R\$ 26.873,97	100,00%

**Fonte: Projeto Básico para Organização, Implantação e Operacionalização das Ações e Serviços de Saúde no Hospital Regional de Santa Maria - Página 36**

Esses dados nos informam que o valor estimado na licitação era 3,26% menor do que custo total por leito/ano da rede pública em 2007. Vale lembrar que no processo licitatório pode acontecer de o valor contratado ser menor do que a estimativa do edital, dado que haverá concorrência entre os interessados. Se a licitação tivesse continuado a economia poderia ser ainda maior. Mantendo-se os valores do edital, a economia seria de R\$3.881.191,02. No entanto, a Secretaria de

Saúde decidiu não licitar mais e firmar o contrato de gestão por meio de dispensa de licitação.

Como os valores anteriormente citados são de 2007 e o Edital de Dispensa de Licitação é de 2009, foi preciso atualizá-los. Dessa forma, a SES/DF considerou como referência o valor apurado em 2007 para o cálculo a ser atribuído aos custos fixos e variáveis (excetuando os gastos com pessoal). Considerou-se, dessa forma, para cálculo dos insumos, os valores apurados no estudo feito pela SUPRAC como os que são realizados nos hospitais da rede (R\$ 154.730,03). Que para o hospital, com 381 leitos esse valor é de R\$ 58.952.141,43. Esse é o valor total dos custos fixos e variáveis, sem contar a folha de pagamento, considerado no Contrato de Gestão nº 01/2009-SES/DF. A título de comparação, o valor estimado para insumos na licitação era de R\$ 42.157.274,40. Com insumos, a dispensa de licitação custou R\$ 16.794.867,03 ou 39,84% a mais.

A atualização, para os gastos com pessoal, considerou a quantidade indicada no “Estudo de Custos para estimativa de Impacto Orçamentário-Financeiro na implantação e manutenção das atividades assistências do Hospital Regional Santa Maria-DF” (Tabela 4). Estudo este realizado pela consultoria externa em 2007. Atualizando o valor de alguns profissionais que tiveram os salários reajustados. O valor total anual com despesas de pessoal ficou definido em R\$ 78.039.855,53. Dentro do limite de 70% do valor do contrato com gastos de pessoal, mas R\$ 1.210.522,49 acima, ou 1,58%, do valor pretendido na licitação, que era de R\$ 76.829.333,04.

**Tabela 7 - Profissionais que tiveram os salários**

<b>Pessoal</b>	<b>Antes</b>	<b>Atual</b>	<b>Varição</b>
Diretor Geral	R\$ 15.000,00	R\$ 20.000,00	33,33%
Diretor Técnico	R\$ 10.000,00	R\$ 15.000,00	50,00%
Diretor Administrativo	R\$ 10.000,00	R\$ 15.000,00	50,00%
Gerente Operacional	R\$ 10.000,00	R\$ 15.000,00	50,00%
Coordenador Clínico	R\$ 6.500,00	R\$ 12.000,00	84,62%
Coordenador Cirúrgico	R\$ 6.500,00	R\$ 12.000,00	84,62%
Coordenador de Enfermagem	R\$ 6.500,00	R\$ 12.000,00	84,62%

**Fonte: Projeto Básico para Organização, Implantação e Operacionalização das Ações e Serviços de Saúde no Hospital Regional de Santa Maria - Página 38 e 39**

O valor total do contrato é a soma do total estimado com insumos, R\$ 58.952.141,43 com o valor previsto para o gasto com pessoal, R\$ 78.039.855,53. O resultado é R\$ 136.991.985,53 e considerou-se para o Contrato de Gestão nº 01/2009-SES/DF o valor de R\$ 137.000.000,00.

**Tabela 8 - Custo anual por leito**

Edital de Concorrência SES/DF-01/2008	R\$ 312.300,80
Rede Pública da SES/DF	R\$ 322.487,66
HRSM	R\$ 359.580,05

**Fonte: Elaboração própria, com dados da SES/DF**

O custo medido em termos de leito/ano contratado com a Real Sociedade Espanhola de Beneficência é de R\$ 359.580,05, quando o HRSM estiver oferecendo a totalidade dos serviços. Valor 15,14% superior ao estimado no Edital de Licitação e 11,50% maior que o valor do gasto anual por leito da rede pública do DF. Ou seja, ao realizar a dispensa de licitação, a SES/DF optou por gastar mais. Ainda, não exigiu da RSEB planilhas de custos detalhadas dos insumos e aplicou o custo auferido no ano de 2007.

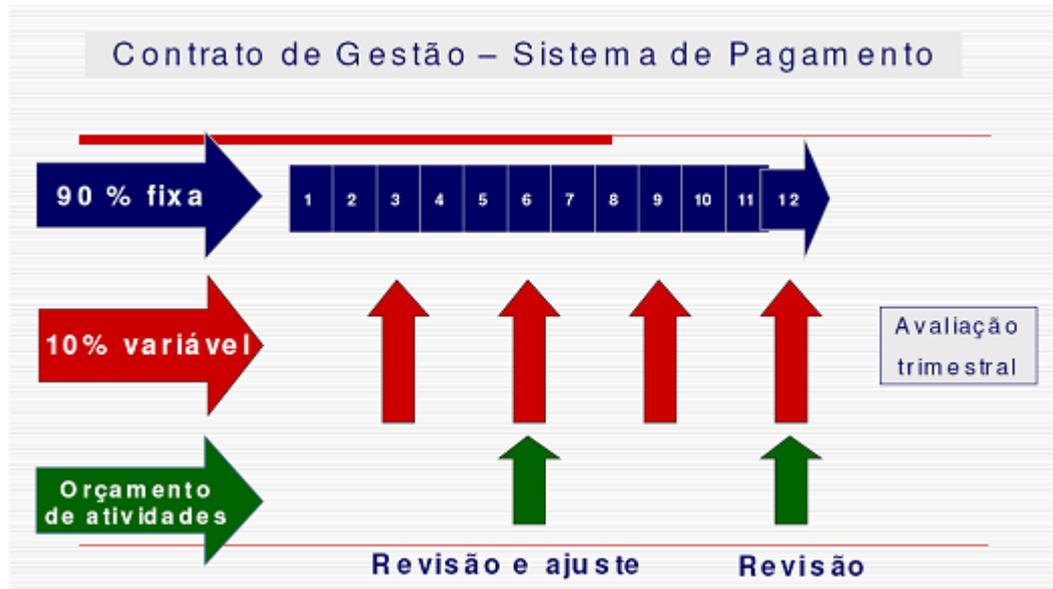
Resumindo, a licitação apontava uma economia de 3,26% no custo anual por leito do HRSM. A dispensa de licitação aumentou os gastos da SES/DF em 15,14%. Do ponto de vista dos custos o Contrato de Gestão nº 01/2009-SES/DF não foi um bom negócio, uma vez que se a própria secretaria assumisse a gestão gastaria menos. Não houve vantagem aqui.

Resta saber, então, se a maior eficiência da gestão privada se confirmou. Para tanto, na próxima seção, vamos confrontar as metas estabelecidas no contrato e o que foi realizado.

#### **4.2.2 Metas**

De acordo com o Contrato de Gestão celebrado entre a SES/DF e a RSEB, as metas estabelecidas seriam a base do controle e avaliação. A OS assumiu a obrigação contratual de apresentar à Secretaria de Saúde registro mensal da produção do hospital. Ainda, o repasse dos recursos financeiros estariam

condicionados ao cumprimento das metas. Do valor total, 90% estava condicionado ao cumprimento de metas quantitativas e os outros 10% às metas qualitativas.



**Figura 7 - Sistema de Pagamentos do Contrato de Gestão SES/DF-01/2009**  
 Fonte: Projeto Básico para Organização, Implementação e Operacionalização das Ações e Serviços de Saúde no Hospital de Santa Maria – página 28

As metas quantitativas seriam avaliadas mensalmente, comparando-se a produção contratada e a efetivamente realizada. Para a comprovação, a RSEB deveria enviar os relatórios dos Sistemas de Informação Hospitalar (SIH) e Ambulatorial (SIA) todos os meses à Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC) da SES/DF. As variações de até 10% não modificariam o valor de repasse da parcela. Para diferenças acima desse percentual seria aplicada uma fórmula de cálculo de forma a ajustar o valor devido. Nenhum dos documentos analisados detalham a tal fórmula.

**Tabela 9 - Metas Quantitativas de Serviços Globais**

SERVIÇOS	QUANTITATIVO MENSAL
<b>1 - SADT</b>	
Anatomia patológica	1.202
análise clínica	22.000
Raio X	5.760
Tomógrafo	240
Ressonância	180
Hemoterapia	280
Endoscopia	400
USG	2.110
ECG	1.056
Mamografia	1.056
<b>2 - AMBULATÓRIOS (% / Num Consultórios) 100%/18</b>	
Especialidades	16.824
Outros Profissionais	2.200
Atendimentos Odontológicos	2.736
Fisioterapia	2.112
<b>3 - INTERNAÇÃO ESPECIALIDADES (% / Num leitos) 100%/281</b>	
Clínica Cirúrgica	202
Clínica Médica	369
Pediatria	319
Clínica Obstétrica	639
Clínica Ortopédica	104
Clínica Ginecológica	99
<b>4 - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA 100%/42</b>	
Pacientes e Observação (% / Num Leitos)	
Pediátrica	465
Adulto	684
Atendimentos de Emergência	16.128
<b>5 - UTI (%/Num leitos) - Diárias 100%/58</b>	
Adulta	783
Pediátrica	297
Neonatologia	324
<b>6 - CENTRO CIRÚRGICO / OBSTÉTRICO (% / Num Salas) 100%/10</b>	
Partos	350
Cirurgias	420

**Fonte: Projeto Básico para Organização, Implantação e Operacionalização das Ações e Serviços de Saúde no Hospital Regional de Santa Maria - Páginas 17 e 18**

Com relação às metas qualitativas, correspondem a 10% do valor do contrato. Essa parcela seria paga mensalmente e avaliada trimestralmente. Os possíveis

descontos, fruto do não cumprimento da meta, ocorreriam nos meses subseqüentes. Não havia desconto *a priori*, mas, a exemplo das metas quantitativas, não é indicada a fórmula para cálculo do desconto.

**Tabela 10 - Indicadores das Metas Qualitativas**

<b>1 - INDICADOR DE ACESSO</b>
Tempo de espera para cirurgia eletiva
<b>2 - INDICADOR DE QUALIDADE</b>
Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto
Densidade de Infecção Hospitalar em corrente sanguínea cateter venoso central
Taxa de cesariana em primípara
Taxa de mortalidade neonatal Intra-hospitalar por faixa de peso
<b>3 - INDICADOR DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL</b>
Taxa de ocupação operacional
Média de permanência
Índice de intervalo de substituição
Taxa de rotatividade
<b>4 - INDICADORES DE EFETIVIDADE E EFICIÊNCIA</b>
Taxa de mortalidade institucional
Taxa de mortalidade operatória
Reinternações em 30 dias - Pneumonia bacteriana
Custo por leito / mês
Custo por alta / mês

**Fonte: Projeto Básico para Organização, Implantação e Operacionalização das Ações e Serviços de Saúde no Hospital Regional de Santa Maria - Página 41**

O contrato também previa o controle e avaliação dos relatórios de desempenho por uma Comissão de Avaliação a ser criada no âmbito da SUPRAC/SES/DF, mas com representantes externos qualificados. Essa comissão realizaria a apreciação e manifestação com relação aos indicadores de desempenho apresentados pelo OS bem como poderia propor alterações no Contrato de Gestão e seus anexos. Também, de caráter obrigatório era a realização de pesquisa de satisfação do usuário e o controle pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF).

### 4.2.3 Contratado x Realizado

A análise dessa seção é similar ao disposto no art. 12 do Decreto 29.870/08:

“Art. 12. A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada, resguardada a competência do Conselho de Gestão das Organizações Sociais.

§ 1º A entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, a cada três meses ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

§ 2º Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão deverão ser analisados, a cada três meses, por comissão de avaliação indicada pelo titular do órgão contratante, composta por, pelo menos, 50% de servidores de carreira da correspondente Secretaria, além de profissionais de notória especialização, que emitirão relatório conclusivo, a ser encaminhado àquela autoridade e ao Tribunal de Contas do Distrito Federal.

§ 3º O Secretário de Estado fará publicar, no sítio do Governo na internet e no Diário Oficial, a cada trimestre, os relatórios da comissão de avaliação e da organização social,”

De acordo com o artigo acima, para o nosso estudo, o mais correto seria analisar os relatórios das comissões de avaliação. Buscamos no Diário Oficial do Distrito Federal e nada encontramos. Na Secretaria de Saúde do DF também não há nenhum relatório. Isso porque a Comissão de Avaliação de Desempenho de Organizações Sociais na saúde (CADOSS) foi instituída pela Portaria nº 147, de 21/07/09, alterada pela Portaria nº 61, de 06/05/10. No entanto, a primeira reunião da CADOSS ocorreu em maio de 2010, ou seja, dezesseis meses após a assinatura do contrato. Já a Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão (CACG), foi instituída em 06/05/10, por meio da Portaria nº 62 para “monitoramento do Contrato de Gestão nº 001/2009”.

Relatório de Fiscalização do Tribunal de Contas do Distrito Federal<sup>7</sup>, acerca da parceria da SES/DF com a RSEB, constatou que “não houve atuação da CACG ou da CADOSS, nos termos do Contrato de Gestão nº 001/2009, em desrespeito aos itens 12.1.3 (consolidação dos relatórios técnicos da Comissão de Avaliação e 12.1.4 (análise trimestral realizada pela Comissão de Avaliação) do Contrato de Gestão e ao art. 12, § 2º (análise trimestral realizada por comissão de avaliação), do Decreto nº 29.870/08.” Ainda de acordo com o TCDF, “não foram identificados nos processos de prestação de contas analisados os referidos relatórios e as respectivas análises específicas da SES, muito embora o disposto nos itens 5.1-18, 12.1, 15.1 e 19.1<sup>8</sup> do Contrato, o que compromete o controle e a transparência da execução do Contrato de Gestão.”

Avaliar a transparência da parceria não estava nos nossos objetivos. Na verdade partimos da premissa, intuitiva, de que havia transparência e não teríamos dificuldade em conseguir os dados para posterior comparação. Mas não foi isso que ocorreu. Não existe quase nada divulgado nos meios oficiais sobre as estatísticas de atendimento do HRSM e repasses da SES/DF à RSEB. A falta de transparência influencia diretamente o controle da parceria, seja pela sociedade, seja pela SES. A única publicação oficial que encontramos com os dados do HRSM foi o Relatório de Atividades 2010 da SES/DF, uma espécie de relatório de gestão da secretaria, do qual reproduzimos a tabela abaixo.

**Tabela 11 – Produção do HRSM – Janeiro a Dezembro / 2010**

<b>AMBULATORIO</b>		<b>INTERNAÇÃO</b>	
Diagnóstico p/anatomia patológ. e citopatológica	2.312	Cirurgia Geral, Sist.Osteomuscular e Outras Cirurgias	2.696
Diagnóstico em laboratório clínico	679.913	Cirurgia Obstétrica/Cirurgia Ginecológica	1.823
Diagnóstico por radiologia	70.642	Internações em Leitos Pediátricos	1.713
Diagnóstico por tomografia	11.160	Internações em Leitos Clínicos	5.397
Hemoterapia	1.702	<b>TOTAL</b>	<b>11.629</b>
Diagnóstico por endoscopia	174	<b>EMERGÊNCIA</b>	
Diagnóstico por ultrassonografia	2.224	Urgência c/observação até 24h em At. Especializada	11.546
Eletrocardiograma	6.548	Atendimento de Urgencia em Atencao Especializada	154.629
Consulta Médica em Atenção Especializada	79.658	<b>TOTAL</b>	<b>166.175</b>
Consulta de Profissionais de Nível Superior	16.920	<b>U T I</b>	
Atendimento Fisioterápico	22.480	Diária de UTI Adulta II	8.783
Atendimento Odontológico	1.455	Diária de UTI Pediátrica II	1.709
<b>TOTAL</b>	<b>895.188</b>	Diária de Uti Neonatal II	2.685
Procedimentos Ambulatoriais não contemplados no contrato com o HRSM / <b>TOTAL</b>	<b>46.499</b>	Diária de UCIN	1.207
		<b>TOTAL</b>	<b>14.384</b>
<b>TOTAL GERAL = 1.133.875</b>			

**Fonte: Relatório de Atividades de 2010 da SES/DF, página 31**

<sup>7</sup> Processo nº 39440-09 A

<sup>8</sup> Para consultar os itens citados ver Contrato de Gestão no Anexo I

Como o Relatório de Atividades versa sobre o que foi produzido pela secretaria como um todo, não traz todos os dados do HRSM necessários para a comparação com as metas definidas no Contrato de Gestão. A tabela acima consolida os dados de 2010. As metas da parceria são mensais e o controle deveria ser trimestral. Não há informações sobre alguns procedimentos que constam das metas, como a ressonância magnética e a mamografia. Em outros casos, procedimentos que deveriam ser informados separados vêm somados, como é o caso da Cirurgia Obstétrica e Cirurgia Ginecológica. Outros são praticamente impossíveis de comparar, como é o caso do Atendimento de Emergência. Com relação à Internação, só conseguimos comparar os dados da pediatria e clínica médica.

A tabela 12, abaixo, é um comparativo entre as tabelas 9 e 11, naquilo que possui dados equivalentes. Transformamos os dados das metas, que são mensais, em anuais.

**Tabela 12 - Metas Quantitativas vs. Resultado Alcançado em 2010**

SERVIÇOS	META MENSAL	META ANUAL	PROD. HRSM	% DA META ALCANÇADO
<b>1 – SADT</b>				
Anatomia patológica	1.202	14.424	2.312	16%
análise clínica	22.000	264.000	679.913	258%
Raio X	5.760	69.120	70.642	102%
Tomógrafo	240	2.880	11.160	388%
Ressonância	180	2.160	-	-
Hemoterapia	280	3.360	1.702	51%
Endoscopia	400	4.800	174	4%
USG (Ultra-sonografia)	2.110	25.320	2.224	9%
ECG (ecografia)	1.056	12.672	6.548	52%
Mamografia	1.056	12.672	-	-
<b>2 - AMBULATÓRIOS (% / Num Consultórios) 100%/18</b>				
Especialidades	16.824	201.888	-	-
Outros Profissionais	2.200	26.400	16.920	64%
Atendimentos Odontológicos	2.736	32.832	1.455	4%
Fisioterapia	2.112	25.344	22.480	89%
<b>3 - INTERNAÇÃO ESPECIALIDADES (% / Num leitos) 100%/281</b>				
Clínica Cirúrgica	202	2.424	-	-
Clínica Médica	369	4.428	5.397	122%
Pediatria	319	3.828	1.713	45%
Clínica Obstétrica	639	7.668	-	-
Clínica Ortopédica	104	1.248	-	-
Clínica Ginecológica	99	1.188	-	-
<b>4 - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA 100%/42</b>				
Pacientes e Observação (% / Num Leitos)		0	-	-
Pediátrica	465	5.580	-	-
Adulto	684	8.208	-	-
Atendimentos de Emergência	16.128	193.536	-	-
<b>5 - UTI (%/Num leitos) - Diárias 100%/58</b>				
Adulta	783	9.396	8.783	93%
Pediátrica	297	3.564	1.709	48%
Neonatologia	324	3.888	2.685	69%
<b>6 - CENTRO CIRÚRGICO / OBSTÉTRICO (% / Num Salas) 100%/10</b>				
Partos	350	4.200	1.823	43%
Cirurgias	420	5.040	2.696	53%

Fonte: Tabela 5 com inclusão de dados da Tabela 7

De acordo com a tabela 12, a OS não atingiu algumas metas. No entanto, segundo o já citado relatório do TCDF, a SES/DF não efetuou o desconto nas parcelas repassadas nos meses subsequentes à RSEB. O referido tribunal aponta a falta de controle por parte da secretaria como a causa do gasto indevido. Podemos

inferir, também, que a falta de critério para o desconto estipulado em contrato tenha contribuído para que a SES/DF repassasse o valor integral. Dessa forma, entendemos que houve prejuízo à parceria, uma vez que o parceiro público pagou por um serviço que não foi prestado na sua totalidade.

Aqui, como com relação ao custo anual do leito hospitalar, não observamos vantagem na realização do Contrato de Gestão objeto de nosso estudo. Considerando que todas as metas foram estabelecidas pela Secretaria de Saúde com base nos dados de outros hospitais do mesmo porte, e se entendermos que valores abaixo da meta seriam possíveis de ser alcançados pela rede pública, houve prejuízo para a população que demandou o HRSM, tendo em vista o foco no cidadão-cliente que se pretendia estabelecer.

## 5 CONCLUSÃO

O fato de o chamado “Terceiro Setor” oferecer serviços de assistência em saúde em nome do Estado, que é o titular da obrigação, mas que não é exclusiva, aponta para um caminho onde o cidadão é o beneficiário. É a possibilidade de ter um serviço público com a qualidade de um privado. No caso da saúde, é como ser atendido em um hospital público como se fosse em um particular. O que é um direito legítimo, pois pagamos impostos e taxas para que a Administração Pública tenha recursos para oferecer serviços básicos necessários à sociedade.

E foi esse o objetivo do Plano Nacional de Publicização. Atender o cidadão como um cliente. O entendimento de que a função do Estado é suprir as demandas da sociedade e que, em alguns setores, a eficiência da administração privada é maior, motivou uma reforma nesse sentido. O Contrato de Gestão é o instrumento que faz o elo entre os dois parceiros, o Governo e a Organização Social. Ele foi planejado para garantir o controle do serviço prestado. Aqui o papel de controlador é do parceiro público, dos órgãos competentes para isso e, principalmente, da sociedade. Para tanto, mecanismos de promoção da transparência e de prestação de contas, assim como de responsabilização, devem estar definidos claramente no contrato.

E foi nesse ponto o erro da parceria objeto do nosso estudo. O que podemos constatar é que a parceria entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência não foi bem sucedida. Prova disso é a não renovação do contrato, que foi cumprido em sua integralidade, dois anos.

A partir da análise efetuada, podemos apontar algumas causas para a falta de êxito da parceria. A ausência de controles efetivos e tempestivos para garantir o cumprimento às cláusulas contratuais. A própria secretaria descumpriu o contrato ao não corrigir o valor do repasse financeiro de acordo com as metas.

A falta de transparência na administração do hospital também é uma falta grave. Isso impossibilitou o controle social. A SES/DF demorou mais de um ano para criar as comissões competentes para avaliar a execução do contrato, para dar uma resposta à sociedade sobre a aplicação dos recursos. Comissões que nunca funcionaram de fato. A RSEB não prestou contas e a SES/DF não cobrou, não puniu

e não apurou responsabilidades. Em outras palavras, a omissão da secretaria tornou a parceria inviável.

Outro ponto que merece destaque é o custo do leito. A administração do HRSM custou mais caro do que a de um hospital administrado pela própria SES/DF. O valor a maior poderia até ser explicado caso a eficiência fosse também superior, o que, como vimos, não aconteceu.

Faltou à SES/DF um planejamento aprofundado sobre o tema, capacitação de seus servidores e a criação de um sistema de controle eficaz. O modelo de contrato de gestão é bom, no sentido de atender melhor o cidadão, como vimos na revisão de literatura. Cabe ao Governo do distrito Federal aprender com os erros. Seguir exemplos de sucesso, como o caso do estado de São Paulo, também pode ajudar.

Em outras palavras, o Contrato de Gestão SES/DF – 01/2009 não teve sucesso por causa dos parceiros e não porque o modelo é ruim. A experiência de São Paulo mostra que é possível celebrar parcerias de sucesso, é possível garantir à sociedade acesso a serviços de saúde pública de qualidade. Que isto sirva de aprendizado para as próximas parcerias.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, J. E. Parceria Público-Privada: breves comentários. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo**. Salvador, nº 2, mai./jun./jul., 2005.

ARAÚJO, W. F. G. As estatais e as PPPs: o project finance como estratégia de garantia de investimentos em infra-estrutura. **Revista do Serviço Público**. Brasília, vol. 57, nº 2, p. 169-190, abr./jun. 2006.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. **Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo**, As Organizações Sociais Como Alternativa de Gerência para Estabelecimentos Públicos de Saúde, Nota Técnica 17/2006, p. 36-56. CONASS. São Paulo, 2006

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999. Regulamenta a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 124, 01 jul. 1999. Seção I, p.1.

BRASIL. Decreto Lei nº200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, suplemento, 27 mar. 1967. Seção I, p.1.

BRASIL. Lei Complementar n.º 82, de 27 de março de 1995. Disciplina os limites das despesas com o funcionalismo público, na forma do art. 169 da Constituição Federal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 60, 29 mar. 1995. Seção I, p.1.

BRASIL. Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 86, 5 mai. 2000. Seção I, p.82-90

BRASIL. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.237, 12 dez 1990, p. 23935

BRASIL. Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993. Institui normas para licitações e contratos da administração pública, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, atualizada em 06 jul 1994, n. 129, Seção 1, p. 49

BRASIL. Lei nº. 9.074 de 07 de julho de 1995. Estabelece normas para outorga e prorrogações das concessões e permissões de serviços públicos, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 jul 1995, p. 10125 (EDIÇÃO EXTRA)

Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n 92, 18 mai 1998, p 20-22

BRASIL. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 56, 24 mar. 1999. Seção I, p.1.

BRASIL. Lei nº. 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 252, 31 dez 2004, Seção 1, p. 6

BRASIL. Lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 68, 07 abr. 1995. Seção I, p.1.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria de Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília, 1997. [Cadernos MARE da Reforma do Estado — v.2]

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria de Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Cadernos MARE da Reforma do Estado

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria de Reforma do Estado. **Agências Executivas**. Brasília, 1998. [Cadernos MARE da Reforma do Estado — v.9]

BRASÍLIA. Decreto nº 29.870, de 18 de dezembro de 2008. Regulamenta a Lei nº 4.081, de 4 de janeiro de 2008, e dá outras providências. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, n. 4, 19 dez. 2008. Seção I, p. 36-38

BRASÍLIA. Lei Distrital nº 4.081, de 4 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no âmbito do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, n. 4, 07 jan. 2008. Seção I, p.1-3.

BRASILIA, Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório de Gestão da Saúde**, de junho a dezembro de 2010. Documento digital do programa Adobe Reader disponível em < <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00009719.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

BRASILIA. Tribunal de Contas do Distrito Federal. **Processo nº 39440/09 A (Volumes I e II)**, de 03 de agosto 2010. Relatório em auditoria feita sobre o Contrato de Gestão nº 01/09/SES-DF celebrado entre a Secretaria de Saúde e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência para a Gestão do Hospital Regional de Santa Maria, Documento digital do programa MS Word disponível em <https://www.tc.df.gov.br/sistemas/DocsWord/Ord/Relatorio/2010/08/156844.doc>>. Acesso em: 5 jan. 2011.

BRESSER PEREIRA, L. C. Da administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, v 120, nº1, jan./abr. 1996

BRESSER-PEREIRA, L. C. Burocracia pública e classes dirigentes no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, nº.28, Jun 2007

BRITO, B. M. B.; SILVEIRA, A. H. P., Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro, **Revista do Serviço Público**, vol.56, nº1, p 7-22, jan./mar. 2005

BRITO, B. M. B.; SILVEIRA, A.H.P. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. **Revista do Serviço Público**. Brasília, vol. 56, nº 1, p. 7-21, jan./mar. 2005.

CALVO, M. C. M. Análise da eficiência produtiva de hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde (SUS), **Economia da Saúde: 1º Prêmio Nacional – 2004: coletânea premiada**. Brasília, p. 133-161, 2005.

CARVALHO FILHO, J. S. **Manual de Direito Administrativo**, 22º Edição, Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris, 2009

CASTOR, B. V. J. et al. Estado e administração pública: reflexões. Brasília: **UNCEP**,1987.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**, 3ª Edição, São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1993

COSTA, F. L Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas\*, **Revista de Administração Pública**, vol.42, nº5, p.829-874, set./out. 2008

DI PIETRO, M. Z. **Direito Administrativo**, 12ª ed., São Paulo, Atlas, 2000.

FERRAREZI, E.; AMORIM, S. Concurso Inovação na Gestão Pública Federal: análise de uma trajetória (1996-2006), **Caderno ENAP**, nº 32, Brasília, 2007

GONÇALVES, C. E. S. Parceria público-privada. **Informações Fipe**. nº 288, p. 12-14, Setembro/2004.

IBAÑES, N.; NETO, G.V. Modelos de Gestão do SUS (Management models ADN Brazil's National Health System (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol 12(Supl), 2007.

IBAÑES, N.; BITTAR, O.J.N.V; SÁ, E.N.C.; YAMAMOTO, E.K.; ALMEIDA, M.F.; CASTRO, C.G.J. Organizações Sociais de Saúde : O modelo do Estado de São Paulo (Social health organizations: São Paulo State model). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro vol 06, 2001.

KLIKSBERG, B. Como transformar o estado - para além de mitos e dogmas .Brasília: **ENAP**, 1992.

KLIKSBERG, Bernardo. Uma gerência pública para os novos tempos. **Revista do Serviço Público**, Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, jan./jul., Brasília, 1994

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de Administração Pública: foco nas instituições e ações governamentais**. Editora Atlas, São Paulo, 2008.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de Gestão Pública Contemporânea**. Editora Atlas, São Paulo, 2007.

MELO, C. A. B. **Curso de Direito Administrativo**. 19ª edição, Malheiros Editores, São Paulo, 2005.

MOREIRA, T.; CARNEIRO, M. C. F.; A Parceria Público-Privada na Infra-Estrutura Econômica. **Revista do BNDES**. Rio de Janeiro, vol. 1 nº 2, p. 27-46, dezembro, 1994.

Organizações Não Governamentais, disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o\\_n%C3%A3o\\_governamental](http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_n%C3%A3o_governamental), Acesso em 11 de julho de 2011

PEREIRA, C. E. Q. **Parcerias Público-Privadas: Novo modelo brasileiro de concessão de serviços públicos e novos desafios para o controle**. Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação lato sensu em Direito Público e Controle Externo. Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

RIBEIRO, A. Gestão em Saúde – **Emergência Hospitalar, Acolhimento**. Publicado em 11/11/2010 em <http://www.webartigos.com.br>, Acesso em: 10 jan. 2011.

RIBEIRO, A. **Hospital de Santa Maria-DF, Futuro Incerto**. Publicado em 25/11/2010 em <http://www.webartigos.com.br>, Acesso em: 7 Jan. 2011.

RIBEIRO, J. P.; As Organizações Sociais e os Contratos de Gestão – Uma Questão Jurídica em Aberto, **Revista Eletrônica de Reforma do Estado** nº13, mar./abr./mai. 2008

ROCHA, J. A. M. **Modelo de monografia e Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)**. Documento digital do programa MS Word disponível em <[http://www.meiradarocha.jor.br/news/wp-content/uploads/2007/09/modelo\\_tcc-2006-09-11b.zip](http://www.meiradarocha.jor.br/news/wp-content/uploads/2007/09/modelo_tcc-2006-09-11b.zip)>. Acesso em: 2 Jun. 2011.

SANTOS, J, F, C (2006). **Manual de Direito Administrativo**. 16<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Editora Lumen Júris, 2006

SÃO PAULO. Cartilha OS/OSCP. **Publicada no Portal da Ordem dos Advogados do Brasil**, Secção São Paulo, Comissão de Direito do Terceiro Setor. São Paulo. 2006. Documento digital do programa MS Word disponível em <<http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/direito-terceiro-setor/cartilhas/os.pdf/download>>. Acesso em: 9 Jul. 2011.

SARAIVA, L. A. S. Cultura organizacional em ambiente burocrático, *Revista de Administração Contemporânea*, **Revista de Administração Contemporânea**. vol.6 no.1 Curitiba Jan./Apr. 2002

SARTI, F. M; KIMURA, W. O Terceiro Setor na Administração da Saúde Pública: OS ou OSCIP, quem administra?, *Desorganização do terceiro setor na saúde*, **Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2009

SAVI, E. M. S.; SAVI, A. F. A inserção das Parcerias Público-Privadas (PPPs) como alternativa para a retomada do desenvolvimento da infra-estrutura no Brasil, XIII **SIMPEP** - Bauru, SP, Brasil, 6 a 8 de Novembro de 2006.

SILVA, M. A. B. Aspectos Metodológicos e Conteúdo Jurídico das Parcerias Público-Privadas - PPP: Um Aprimoramento do Modelo Contratual da Administração. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo**. Salvador, nº 9, mar./abr./mai., 2007.

YIN, Robert K. Estudo de caso : planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001-2004.

## Anexo I



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

### CONTRATO DE GESTÃO Nº. 001 / 2009 - SES/DF

CONTRATO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O DISTRITO FEDERAL,  
POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA  
DE ESTADO DE SAÚDE DO  
DISTRITO FEDERAL, E A  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL REAL  
SOCIEDADE ESPANHOLA DE  
BENEFICÊNCIA PARA PRESTAÇÃO  
DE SERVIÇOS DE GESTÃO, NA  
FORMA A SEGUIR ESPECIFICADA:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS PARTES

1.1. O **DISTRITO FEDERAL**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, CNPJ/MF nº. 00.394.700/0001-08, com sede em Brasília/DF, sediada no Anexo do Palácio do Buriti, 10º andar, Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP. 70.075-900, representada neste ato por **AUGUSTO SILVEIRA DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, portador do RG. nº. 271578 SSP/DF e do CPF/MF nº. 067.964.781-34, Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, simplesmente denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a organização social **REAL SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICÊNCIA**, portadora do CNPJ/MF nº. 15.113.103/0001-35, a seguir denominada **CONTRATADA**, neste ato aqui representada por seu Presidente **MANUEL ANTAS FRAGA**, espanhol, portador do RG nº. W254509-CSE/DPMAF/PDF e do CPF/MF nº. 017.990.535-04, e pelo Diretor Financeiro, **PERFECTO BOUZA QUINTERO**, brasileiro, casado, portador do RG nº. 820 064-SSP/BA e do CPF/MF nº. 019.654.955-87, na forma da Lei conforme Ato de Qualificação publicado no DODF de 24/12/2008, sediada à Avenida Sete de Setembro, nº. 4161, Barra, Salvador/BA, CEP. 40.130-900, telefones: (71) 3624-1888/ 1899/ 1919/ 1992/ 1500, e com Estatuto arquivado no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas do Primeiro Ofício de Salvador, sob o nº. 24.355, livro A-14, de 15 de fevereiro de 2008, tendo em vista o que dispõe a Lei Distrital nº. 4.081, de 04 de janeiro de 2008, alterada pelas Leis nº. 4.110, de 24 de março de 2008 e 4.249, de 14 de novembro de 2008, regulamentada pelo Decreto nº. 28.693, de 18 de janeiro de 2008, e, em conformidade com o Edital de Dispensa de Licitação nº.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

07/2009-DISM/UAG/SESDF, Justificativa e demais informações constantes do Processo nº 060.000.324/2009, em conformidade com o que preceitua o Sistema Único de Saúde – SUS resolvem celebrar o presente Contrato de Gestão de acordo com as cláusulas e condições a seguir.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PROCEDIMENTO**

2.1. O presente Contrato obedece aos termos da justificativa de Dispensa de Licitação nº. 07/2009-DISM/UAG/SES, baseada no artigo 24, inciso XXIV, c/c artigo 26 da Lei nº. 8.666/93 e alterações posteriores, e § 1º, artigo 6º da Lei Distrital nº. 4.081 de 04 de janeiro de 2008, introduzido pela Lei 4.249, de 14 de novembro de 2008 e demais informações constantes do Processo nº. 060.000.324/2009 e proposta da Contratada que passam a integrar o presente Ajuste.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO OBJETO**

3.1. O presente contrato de gestão tem por objeto a organização, implantação, execução e operacionalização das ações e serviços de saúde a serem prestados no HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA- HRSM/SESDF, a serem executados em regime de 24 (vinte e quatro) horas/dia, de forma que assegure assistência universal e gratuita à população.

3.1.1. A CONTRATADA afirma que dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços, capaz de oferecer bom nível de qualidade aos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.

3.1.2. A CONTRATADA declara que não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este Contrato com a CONTRATANTE.

3.1.3. A CONTRATANTE declara que disponibilizará os recursos financeiros e a infra-estrutura (excluindo insumos), os equipamentos necessários para o pleno funcionamento do HRSM, conforme cronograma acordado e aprovado.

3.2. Os documentos “Projeto Básico” e a “Proposta de Trabalho” são anexos deste contrato e dele fazem parte indissociável, como se nele transcritos fossem.

**CLÁUSULA QUARTA – DA MATERIALIZAÇÃO DO OBJETO CONTRATADO**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

4.1. A CONTRATADA executará com qualidade os serviços assistenciais disponíveis segundo a capacidade operacional do HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA/SESDF, nas quantidades relacionadas no Projeto Básico que materializam o objeto do contrato, atendendo a qualquer cidadão que deles necessitar, de acordo com as normas do SUS - Sistema Único de Saúde.

4.2. O Plano de Execução de Metas discrimina os atendimentos na Assistência Hospitalar, Atendimento de Cuidados Intensivos, Assistência de Urgência e Emergência, Assistência Ambulatorial, Apoio de Anatomia Patológica e Patologia Clínica, Ações de Qualidade e consta como Anexo II deste Contrato como se neste transcrito fosse tornando-se parte indissociável do termo.

4.3. Os serviços ora contratados referem-se a uma base territorial populacional da Região Administrativa de Santa Maria - Distrito Federal sendo a sua área de abrangência estabelecida conforme planejamento de regionalização da saúde da CONTRATANTE (PDR/DF).

#### **CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

5.1. Em cumprimento ao definido neste contrato de gestão, cabe à CONTRATADA, além dos compromissos constantes das especificações técnicas e dos Anexos, observar a legislação Federal e Estadual que rege a matéria, os princípios e regras do SUS e as seguintes obrigações:

1. Assegurar a organização, administração e gerenciamento hospitalar a que se propõe através do desenvolvimento de técnicas modernas que permitam a adequação da estrutura funcional e administrativa (energia elétrica, água e telefonia), a manutenção física dos equipamentos da Unidade, além do provimento dos insumos (materiais e medicamentos) necessários à garantia do pleno funcionamento do HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA/SESDF, nos limites deste contrato;
2. Prestar os serviços de saúde que estão especificados neste Contrato e considerando os anexos referentes aos citados documentos como partes indissociáveis do mesmo;
3. Assistir de forma integral a clientela do SUS, que demande à Unidade, espontaneamente, sem exclusões, procedendo aos devidos registros e expedidas as Autorizações, segundo os critérios da CONTRATANTE e do Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma de implantação e anexos ao presente contrato;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

4. Garantir em exercício na Unidade Hospitalar, quadro de recursos humanos, qualificado e compatível com o porte da unidade, e dos serviços combinados, conforme estabelecido nas normas atinentes à espécie, tendo definida como parte de sua infra-estrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas dia do Hospital, por plantões, a presença de pelo menos um profissional da medicina que responderá legalmente pela atenção médica oferecida aos clientes;
5. Adotar identificação especial (crachá) e fardamento de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como, assegurar a sua freqüência, pontualidade e boa conduta profissional;
6. A implantação da imagem corporativa expressada pelos logotipos da Organização Social e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
7. Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativo aos empregados utilizados na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência desse contrato, para tentar eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à Contratante, desde que esta haja cumprido as obrigações financeiras correspondentes;
8. Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste Contrato;
9. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à contratante e auditorias do SUS, as fichas e prontuários da clientela, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade;
10. Apresentar a contratante até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte, a Nota Fiscal/Fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior, acompanhada de Relatórios Gerenciais e comprovantes, Documentos Fiscais e de Pagamento de Pessoal e Encargos Trabalhistas, na forma que lhe for indicada e assim sucessivamente, a cada mês, de acordo com os calendários financeiros e possibilidade de apresentação de recolhimento de guias INSS;
11. Providenciar, quando necessário e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessárias à execução dos serviços objeto do presente contrato, executando pontualmente todos os pagamentos de taxas e imposto que incidam ou venham a incidir sobre as atividades do HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA/SESDF;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

12. Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causado à contratante e/ou a terceiros, por sua culpa, ou em consequência de erro, imperícia própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;
13. Consolidar a imagem do HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA/SESDF como entidade prestadora de serviços públicos, da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos pacientes, primando pela melhoria na qualidade da assistência;
14. Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações do HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA/SESDF;
15. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua, aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral, incluindo equipamentos de comunicação;
16. Receber os bens e mantê-los sob sua guarda, devidamente inventariados, devolvendo-os à contratante após término do contrato, (áreas, equipamentos, instalações e utensílios) em perfeitas condições de uso, observando a vida útil de cada equipamento, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação pelo mau uso ou falta de cuidado;
17. Dispor de informações sobre origem domiciliar dos pacientes atendidos ou que lhes seja referenciado para atendimento, registrando minimamente, a definição do município de residência dos mesmos e, para os domiciliados fora do Distrito Federal, o registro da região ou cidade donde advém, segundo informação do usuário;
18. Encaminhar à CONTRATANTE, nos prazos e instrumentos por ela definidos, os Relatórios de Atividades expressando a produtividade e qualidade da assistência oferecida à clientela - alvo, os Relatórios de Execução Financeira expressando os gastos de custeio e investimento com o hospital, e os Relatórios de Execução Fiscal tratando dos pagamentos de taxas e tributos, além de pagamento (folhas) de pessoal e encargos trabalhistas, todos acompanhados das devidas comprovações, em tempo oportuno;
19. Estar atenta aos direitos de cidadania dos pacientes, obrigando-se a:
  - a) Manter atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;
  - b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, salvo nos casos em que foram devidamente protocolados e aprovados os projetos de pesquisa, segundo a legislação pertinente;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

- c) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
  - d) Permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
  - e) Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
  - f) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
  - g) Garantir o sigilo dos dados e informações relativos aos pacientes, observando os critérios legais;
  - h) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, sem interferência na conduta terapêutica;
  - i) Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento: Prontuário Médico, Controle de Óbitos e Controle de Infecção Hospitalar;
  - j) Dar conhecimento dos gastos originados com o seu atendimento no Hospital financiados pelo SUS - Sistema Único de Saúde;
  - k) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, com direito a acomodação e alimentação no caso de internações nos casos previstos em lei;
20. Fornecer ao paciente, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
- a) Nome do paciente;
  - b) Nome do Hospital;
  - c) Localização do Hospital (endereço, município, UF);
  - d) Motivo da internação (CID-10);
  - e) Data de admissão e data da alta;
  - f) Procedimentos realizados e quando for o caso informar tipo de órtese, prótese e/ou outros materiais especiais empregados;
  - g) Diagnóstico principal de alta e diagnósticos secundários a alta;
  - h) O cabeçalho do documento deverá conter a seguinte nota ou esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
21. Quando do fornecimento do Informe de Alta Hospitalar, colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais na segunda via do documento, que deverá ser arquivado no prontuário do paciente, devendo este ser arquivado pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

22. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao paciente internado como ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através dos formulários e sistemáticas da SES/DF;
23. Implantar um sistema de pesquisa de satisfação pós-hospitalização e manter um serviço de atendimento ao usuário, de acordo com cronograma de implantação, emitindo relatórios mensais;
24. Analisar e adotar medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações, oferecendo respostas destas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis, a contar da data da reclamação;
25. Instalar um serviço de Serviço de Orientação ao Usuário, conforme diretrizes estabelecidas pela SES/DF, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades;
26. Identificar carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica dos pacientes que justifique a necessidade de encaminhamento a outros serviços de saúde, apresentando à SES/DF, mensalmente, relatório mensal dos encaminhamentos ocorridos;
27. Adotar mudanças, quando necessário, após aprovação pela SES/DF, na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, na estrutura física do Hospital;
28. Alcançar os índices de produtividade e qualidade definidos nos Anexos deste contrato, mediante capacidade instalada e operacional de equipamentos;
29. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos pacientes, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva. Enviar relatório mensal a SES/DF; segundo modelo por ela definido;
30. Implantar as Comissões Clínicas definidas nos Anexos do Contrato;
31. Manter ou adotar medidas para o credenciamento, quando necessário, do hospital no SUS durante todo o período de vigência do contrato. Sua perda será objeto de análise pela comissão de seguimento de contrato estabelecida;
32. Realizar os ajustes necessários quanto à oferta e à demanda de serviços do hospital de acordo com as necessidades da população do DF, definidas pelo Gestor do DF;
33. Desenvolver as atividades de vigilância epidemiológica, em saúde, de acordo com as normas estabelecidas pela ANVISA.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

34. Integrar-se ao Sistema de Atenção às Urgências e Emergências do DF em conformidade com o estabelecido no Plano de Atenção às Urgências e Emergências do DF;
35. Garantir o acesso aos serviços prestados pactuados de forma integral e contínua dentro das metas pactuadas;
36. Manter em funcionamento Comissões de Ética em Pesquisa, e de Documentação Médica e Estatística, de Óbitos, de Infecção Hospitalar, além de outras Comissões necessárias e obrigatórias ao funcionamento do hospital;
37. Manter em atividade Comitês de Mortalidade Infantil e Neonatal e outros grupos necessários e obrigatórios ao funcionamento da instituição hospitalar, com emissão de relatórios em prazo oportuno;
38. Elaborar planejamento hospitalar visando metas setoriais específicas para cada área de atuação, com equipe multidisciplinar conforme estabelecido no plano operativo correspondente ao anexo "Plano de Trabalho";
39. Utilizar ferramentas gerenciais que facilitem a horizontalização da gestão, da qualificação gerencial, profissional e educação continuada além do enfrentamento das questões corporativas, rotinas técnicas e operacionais e sistema de avaliação de custos e das informações gerenciais;
40. Garantir transparência do processo de gestão administrativo-financeira, com abertura de planilhas financeiras e de custos, para acompanhamento das partes;
41. Manter regularmente atualizados os sistemas de informações vigentes no SUS ou novos que venham a ser implementados em substituição ou em complementaridade aos atuais;
42. Garantir a aplicação integral dos recursos financeiros de custeio e de investimento provenientes do SUS/DF;
43. Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores da unidade hospitalar, objetivando o trabalho interdisciplinar, a diminuição da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral;
44. Desenvolver projetos de pesquisa, tecnologias de saúde e de gestão voltadas para as prioridades do SUS, atendendo as legislações vigente;
45. Promover ambiência acolhedora à comunidade interna e externa do hospital;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

46. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis sob a sua guarda, assegurando-se o direito de defesa e aplicação de punição contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
47. Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;
48. Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;
49. Comunicar, à instância responsável da CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;
50. Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais;
51. Assumir as responsabilidades decorrentes de ações judiciais, que lhe venham a ser atribuídas por força da lei, relacionadas com o cumprimento do presente contrato;
52. Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentais necessários para a realização dos serviços contratados;
53. Prestar esclarecimentos a SES/DF por escrito sobre eventuais atos ou fatos noticiados que envolvam a OS, independentemente de solicitação;
54. Divulgar informações acerca da prestação dos serviços objeto deste contrato somente havendo autorização da SES/DF;
55. Informar, diariamente, à CONTRATANTE, o número de vagas disponíveis no setor de hospitalização, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (Central de Regulação de Leitos de UTI);
56. Informar mensalmente a Contratante a disponibilidade de vagas para consultas e especialidades, para utilização das vagas excedentes pela Central de



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Marcação de Consultas instituído pela Secretaria de Estado de Saúde do DF, se esta assim o definir;

57. Adotar símbolo e nome de designação da unidade de saúde cujo uso lhe está permitido, seguido pela sigla OS de "Organização Social de Saúde";
58. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
59. Cobrar dos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde do DF;
60. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas;
61. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços contratados;
62. Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde a serviço do SUS e da SES/DF e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
63. Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
64. Fornecer ao paciente atendido, quando por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, cópia de relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO";
65. O cabeçalho do documento de comprovação de atendimento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais";
66. Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 67 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

67. Notificar a SES/DF de eventual alteração de sua razão social ou de mudança em sua diretoria, ou estatuto enviando-lhe no prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data do registro de alteração, acompanhado de cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de registro Civil das pessoas jurídicas;
68. Transferir, integralmente à CONTRATANTE em caso de distrato ou desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no Hospital Regional de Santa Maria, cujo uso lhe fora permitido;
69. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo Distrito Federal para execução do objeto do Contrato de Gestão em conta bancária específica e exclusiva vinculada ao HRSM e aberta em instituição bancária oficial, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da Organização Social.
70. Manter conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros pagos pela CONTRATANTE para gerenciamento do HRSM/SEDF da qual prestará conta, mensalmente, a SES/DF por meio de extrato bancário;
71. Repor instrumentais cirúrgicos e correlatos, de uso na unidade, excetuando-se órteses e próteses e materiais especiais cuja forma de custeio já está definido no Parágrafo Segundo da Clausula Quinta deste Contrato;
72. A indicação e utilização de medicações de alto custo, não contempladas nos pacotes terapêuticos específicos, serão objeto de discussão com a área técnica da SES/DF e acertos posteriores de compensação financeira e/ou reposição da medicação, em comum acordo entre as partes;
73. Poderá contratar na condição de prestação de serviços, os serviços referentes a lavanderia hospitalar, anatomia patológica e patologia clínica, serviços, fornecimento de refeições, vigilância, higienização e limpeza, ficando aberta a possibilidade para os serviços serem ou não realizados na dependência do Hospital Regional de Santa Maria, desde que sejam guardadas contratualmente a preservação e conservação do bem público;
74. Gerir os insumos e a logística do Serviço de Nutrição e Dietética responsabilizando-se pela distribuição das refeições aos clientes e servidores, utilizando as instalações e equipamentos que serão disponibilizados pela SES/DF.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

75. Contratar na forma estabelecida no Projeto Básico, item 7.3 os recursos humanos necessários à consecução do objeto contratado.
76. Adquirir o enxoval referente à operacionalização do Hospital Regional de Santa Maria, considerando aporte suficiente para o processamento ideal das roupas, incluindo a segunda reposição e subseqüentes, a fim de garantir domínio pela qualidade do processamento, favorecendo o controle dos indicadores de desempenho e de controle de infecção hospitalar;
77. Manusear conforme orientação da SES/DF, os equipamentos de tecnologia da informação (TI), incluindo os softwares e sistemas e ativos de rede que compõem a TI da SES/DF e a Tecnologia do Cartão Saúde do Cidadão, assim como todas as instalações e cabeamentos que serão fornecidos pela Contratante, bem como a manutenção dos equipamentos de informática, exceto os equipamentos de impressão;
78. Os serviços de impressão relacionados a TI serão de responsabilidade da Contratada.
79. Os sistemas de suporte de TI citados no item 77 incluem o Sistema de Regulação balizado pelo Cartão Saúde do Cidadão da SES/DF, devendo ser adotado e utilizado pela Organização, obrigatoriamente como única forma de controle e acesso ao Sistema de Saúde Distrital, a fim de manter alinhamento de conduta com os demais órgãos públicos de saúde do DF;
80. Adquirir e instalar outros equipamentos de comunicação;
81. Cadastrar em conjunto com a Contratante, o Hospital Regional de Santa Maria/SES no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES –, bem como manter o cadastro atualizado com a documentação adequada às exigências do sistema MS/DATASUS;
82. Apresentar à SES/DF, de acordo com o cronograma do MS/DATASUS, o faturamento pelo Sistema de Informação do MS/DATASUS, referente aos atendimentos e procedimentos realizados no Hospital, para o devido processamento e envio para o Ministério da Saúde, visando manter a regularidade da alimentação da base de dados, bem como proceder à compensação financeira junto ao Fundo de Saúde do Distrito Federal;
83. Responder, civilmente, diante a administração do bem público pelo qual tem a permissão de uso da seguinte forma:
  - a) Pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes da ação ou omissão voluntárias,



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

- ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissionais ou preposto;
- b) Pelo acompanhamento da execução do contrato em tela, independente da ação fiscalizadora dos órgãos competentes da SES/DF;

84. Reconhecer a prerrogativa de controle da autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei n.º 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que havendo alteração decorrente de tais competências normativas, o contrato será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

85. Nos procedimentos de contratação de serviços e aquisição de bens e materiais, com recursos públicos a Contratada deverá adotar procedimento análogo aos definidos pela Lei n.º. 8.666/93.

86. Dispor de veículos (ambulâncias) e logística para o transporte e remoção de pacientes graves;

**5.2.** A CONTRATADA é responsável, também, pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados; bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Distrital n.º. 4.081, de 04 de janeiro de 2008, alterada pela Lei n.º. 4.249, de 214 de novembro de 2008 e regulamentada pelo Decreto N.º. 28.693, de 18 de janeiro de 2008, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

### **CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**6.1.** Em cumprimento ao definido neste contrato de gestão cabe à CONTRATANTE além dos compromissos constantes das especificações técnicas, nos Anexos e dos estabelecidos na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem as seguintes obrigações:

1. Disponibilizar à CONTRATADA adequada estrutura física, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento do HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA, conforme conjunto de plantas arquitetônicas e inventário patrimonial que neste se integram independente de transcrição;
2. Prover à CONTRATADA os recursos financeiros necessários à execução deste contrato, conforme acordado, e programar para os exercícios



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

- subseqüentes, os recursos necessários no orçamento do DF, para custear o contratado de acordo com o sistema de pagamento previsto, a fim de evitar desequilíbrio financeiro da Organização Social e conseqüente prejuízo à parceria;
3. Eliminar fatores restritivos à flexibilidade da ação administrativa e gerencial da contratada com vista a propiciar condições para o alcance de seus objetivos, assegurando-lhe a necessária autonomia administrativa;
  4. Prestar esclarecimentos e informações à contratada que visem orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento assim como lhe dar ciência de qualquer alteração no presente Contrato;
  5. Desenvolver controle e avaliação continuados ao contrato, em comum acordo entre as partes, através de um preposto designado da SES/DF que observará "in loco" o desenvolvimento das atividades de assistência à clientela - alvo de atenção do HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA, inspecionando documentos para a verificação de sua pertinência e visitando pacientes em seu domicílio para a mensuração do grau de satisfação da clientela, observando-se que a inefetivação dessa atividade não isenta a contratada de desenvolver adequadamente as atividades a que se propôs;
  6. Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, objeto deste contrato, mediante a celebração dos correspondentes termos de permissão na forma prevista em lei;
  7. Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma mantém suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;
  8. Fornecer a contratada, os equipamentos de tecnologia da informação (TI), incluindo os softwares e sistemas e ativos de rede que compõem a TI da SES/DF e a Tecnologia do Cartão Saúde do Cidadão, assim como todas as instalações e cabeamentos, bem como garantir a manutenção dos equipamentos de informática, exceto os equipamentos de impressão;
  9. Disponibilizar à contratada os equipamentos necessários ao desenvolvimento das atividades relacionadas à Nutrição e Dietética;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

10. Permitir à contratada acompanhar e controlar os serviços instalados e cedidos pela SES/DF para funcionamento do HRSM, garantindo a co-responsabilidade na conservação do bem público;
11. Concentrar esforços para honrar a contrapartida de que trata da finalização das obras e equipamentos da unidade assistencial a fim de que a estruturação do Hospital Regional de Santa Maria esteja pronta, de acordo com cronograma aprovado.
12. Providenciar e fornecer documentação legal exigível para o pleno funcionamento do Hospital Regional de Santa Maria/SESDF, especialmente quanto ao seu cadastramento do SUS, alvará e outros;
13. Fornecer os formulários padronizados pela SESDF;

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS**

7.1. Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do CONTRATO, pela Organização Social serão obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social, e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da OS, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DOS RECURSOS NECESSÁRIOS**

8.1. Pela execução do objeto da presente avença, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições acertadas neste instrumento, a importância global estabelecida em **R\$ 222.000.000,00** (duzentos e vinte e dois milhões de reais) que resulta de cumprimento de Projeto Básico e Proposta de Trabalho e que fazem parte deste Termo.

8.1.1 O recurso definido no item 8.1. da CLÁUSULA OITAVA se destinará a cobrir a execução total do Contrato, sendo que para o presente exercício o empenho global será no valor de R\$ 85.000.000,00 (oitenta e cinco milhões) a ser repassado, mensalmente, à CONTRATADA, de acordo o Cronograma de Desembolso estabelecido na Cláusula Décima do presente Contrato.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

### **CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

9.1. As despesas para o pagamento deste contrato correrão por conta dos recursos do orçamento fiscal da CONTRATANTE na Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária:	23.901
Programa de Trabalho:	10.302.0400.21540006
Natureza da Despesa:	33.50.39
Fonte de Recurso:	100
Evento:	400091
Nota de Empenho:	2009NE00269
Data do Empenho:	21/01/2009
Valor do Empenho:	R\$ 1.600.500,00
Modalidade do Empenho:	Estimativo

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS FORMAS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

10.1. O valor global do Contrato de Gestão conforme especificado na CLÁUSULA OITAVA – DOS REPASSES NECESSÁRIOS – será transferido à CONTRATADA seguindo o cronograma estabelecido na Proposta de Trabalho anexada a este contrato e a vista da aprovação da execução dos trabalhos conforme Cronograma de Atividades e Metas estabelecido para cada período do presente ajuste.

10.1.1. Para o primeiro ano de funcionamento, o valor total estimado é de R\$ 85.000.000,00 (oitenta e cinco milhões), a ser transferido em conformidade com o estipulado no Projeto Básico (Anexo1, item 8.3) e descrito a seguir: nos quatro primeiros meses de contrato, ou etapa de organização, será transferido um valor mensal de R\$ 1.600.500,00 (um milhão e seiscentos mil e quinhentos reais); nos cinco meses subseqüentes, etapa de implantação, o valor mensal de R\$ 8.870.000,00 (oito milhões e oitocentos e setenta mil reais); e, nos três últimos meses, de funcionamento pleno, o valor mensal de R\$ 11.416.000,00 (onze milhões e quatrocentos e dezesseis mil reais).

10.1.2. O VALOR estimado para o segundo ano de funcionamento do HRSM/SESDF, exercício de 2010, é da ordem de R\$ 137.000.000,00 (cento e trinta e sete milhões de reais) equivalente a doze parcelas mensais, iguais e consecutivas relativas à operação plena do HRSM/SESDF, em conformidade com o Projeto Básico (Anexo I).



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

10.1.3. O percentual de 10% (dez por cento) do valor total de cada parcela, relacionados às metas qualitativas, serão pagos mensalmente embora a avaliação tenha periodicidade trimestral. O desconto pelo não cumprimento das metas estabelecidas em Anexo ocorrerá no mês seguinte ao da avaliação. As metas relacionadas a cada parcela mensal terão grau de complexidade crescente e serão previamente discutidas e definidas pelas partes;

10.1.4. O Valor da primeira parcela do Contrato, definido em R\$ 1.600.500,00 (um milhão e seiscentos mil e quinhentos reais) destinado à Organização dos Serviços para viabilizar a operacionalização inicial do Hospital Regional de Santa Maria/SESDF será repassado até o 30º dia do mês de assinatura do Termo.

10.1.5. Os valores da Segunda, Terceira e Quarta, parcelas, igualmente definidas em R\$ 1.600.500,00 (um milhão e seiscentos mil e quinhentos reais) destinados à Organização dos Serviços serão repassados à CONTRATADA até o 5º dia útil de cada mês, conforme programado no Projeto Básico aprovado.

10.1.6. Os valores referentes à fase de Implantação dos Serviços Assistências, relativos as Quinta, Sexta, Sétima, Oitava e Nona parcelas correspondem ao valor mensal de R\$ 8.870.000,00 (oito milhões, oitocentos e setenta mil reais) serão repassados até o 5º dia útil de cada mês, conforme programado o Projeto Básico aprovado.

10.1.7. Os valores referentes à fase de Execução e Operacionalização das Ações e Serviços de Saúde, relativos as parcelas Décima, Décima Primeira e Décima Segunda as quais correspondem ao valor mensal de R\$ 11.416,000,00 (oito milhões, quatrocentos e dezesseis mil reais) serão repassados até o 5º dia útil de cada mês, conforme programado o Projeto Básico aprovado.

10.1.8. Os valores referentes a utilização de órteses e próteses e materiais especiais nos usuários do HRSM/SESDF serão reembolsados à CONTRATADA, de acordo com a Tabela SUS, após a efetiva comprovação, aprovação e repasse pelo Ministério da Saúde, seguindo os prazos e legislação vigente;

10.1.9. Os recursos repassados à CONTRATADA quando não utilizados dentro do mês deverão ser aplicados no mercado financeiro, condicionado que o resultado dessa aplicação reverta-se, integralmente aos objetivos deste contrato de gestão.

10.1.10. Os valores de ajuste financeiro a menor em caso de descumprimento de meta, conforme citado no Parágrafo Nono desta Clausula Sétima serão apurados na forma disposta nos Anexos I e II deste Contrato que neste constam como se transcrito fosse.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

10.1.11. A Avaliação de Desempenho para fazer jus à parcela variável do contrato correspondente ao último trimestre avaliado, será descontada ou incorporada nos meses subseqüentes.

10.1.12. A CONTRATANTE, durante o processo de acompanhamento e supervisão deste Contrato poderá recomendar a revisão das metas do contrato, o que implicará na alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo para as atividades, desde que devidamente justificada e aceita pelas partes, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

10.1.13. No caso de atraso nos desembolsos financeiros previstos no cronograma estabelecido pela CONTRATANTE, a CONTRATADA poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos pagamentos mensais, tendo reconhecida às despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

10.1.14. A CONTRATADA deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela CONTRATANTE em conta corrente específica e exclusiva do Contrato, constando como titular o hospital público sob sua gestão, de modo a que os valores não sejam confundidos com os recursos próprios da Organização Social contratada.

10.1.15. Todos os pagamentos serão realizados exclusivamente mediante cheque nominativo, ordem bancária (OB) e transferência eletrônica disponível (TED) em que fiquem registradas a destinação do valor e a identificação do respectivo credor ou beneficiário final, não sendo permitido saque em espécie de qualquer valor.

10.1.16. A CONTRATADA deverá anexar, mensalmente, aos relatórios encaminhados à CONTRATANTE, os extratos de movimentação bancária mensal do hospital além de comprovantes de quitação de despesas com água, energia elétrica, telefone, efetuados no mês imediatamente anterior, bem como cópia da folha de pagamento ou similar, dos profissionais prestando serviços no hospital, acompanhado dos documentos: comprovantes de recolhimento dos encargos sociais (INSS, FGTS, COFINS e PIS) do mês anterior.

**10.2.** Para efeito de pagamento, a Contratada deverá apresentar os documentos abaixo relacionados, todos em plena validade:

- I. Certidão Negativa de Débitos relativos às Contribuições Previdenciárias (INSS) e às de Terceiros, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- II. Certidão Negativa de Débitos com a Fazenda do Distrito Federal;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

III. Certificado de Regularidade do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) fornecido pela Caixa Econômica Federal.

**10.3.** Passados 30 (trinta) dias sem o devido pagamento por parte da Contratante, a parcela devida será atualizada monetariamente, desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento de acordo com a variação *pro rata tempore* do INPC ou outro que venha sucedê-lo.

**10.4.** Nenhum pagamento será efetuado à Contratada enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária (quando for o caso).

**10.5.** Caso haja inadimplemento contratual será adotado o seguinte procedimento:

- I. a multa será descontada do valor total do respectivo Contrato; e
- II. se o valor da multa for superior ao valor devido pelo fornecimento, responderá a Contratada pela sua diferença, a qual será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Contratante, ou ainda, quanto for o caso, cobrada judicialmente.

**10.6.** As empresas com sede ou domicílio no Distrito Federal, com créditos superiores a R\$ 1.000,00 (um mil reais), os pagamentos serão feitos exclusivamente, mediante crédito em conta corrente, em nome do beneficiário junto ao BRB – Banco de Brasília S.A. Para tanto deverá informar na Nota Fiscal/Fatura o número da conta corrente na qual mantém movimento para fins de liquidação e demais documentos de crédito, observado o disposto no Decreto nº. 17.333, de 02/10/06, alterado pelo Decreto nº. 18.126, de 27/03/97.

**10.7.** No que concerne as contribuições previdenciárias patronais, observar-se-á o disposto na Seção I do Capítulo II, da Medida Provisória n.º 446, de 07 de novembro de 2008 e legislação previdenciária aplicável às Entidades Beneficentes de Assistência Social.

**10.8.** Conforme estabelece a legislação vigente, a isenção tributária que a CONTRATADA goza em face do disposto no art. 196, inciso VII, da Constituição Federal não poderá, em qualquer hipótese, ser transferida à CONTRATANTE.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA CONTRATAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS**

11.1. Os recursos humanos deverão ser contratados conforme Manual próprio que deverá atender as especificações necessárias a cada categoria/especialidade.

11.1.1 A CONTRATADA poderá gastar até 70% (setenta por cento) dos recursos financeiros repassados com remuneração, encargos trabalhistas e benefícios, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores a ela cedidos, observada, quanto a estes últimos, a necessidade da manifestação expressa da contratada quanto à concessão de direitos como férias, licenças e aposentadorias.

11.1.2. A CONTRATADA poderá subcontratar especialidades médicas cujos processos seletivos para contratação regular não tenham obtido êxito, tais como Anestesiologistas, Angiologista, Cirurgião Pediátrico, Cardiologista, Emergencista, Endocrinologistas, Endoscopistas Hematologistas, Intensivistas, Infectologista, Microbiologista, Neurocirurgião, Neonatologista, Nefrologista, Neurologista, Protologista, Patologista, Pneumologista, Radiologista. Traumatologista, Ultrassonografistas, Urologistas.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS**

12.1. A CONTRATANTE é responsável pelo acompanhamento e fiscalização do Contrato, pelo que exercerá a supervisão, fiscalização e avaliação das ações desenvolvidas no hospital pela contratada, emitindo relatório técnico sobre os resultados alcançados, diante as metas pactuadas; também observará aspectos quanto à economicidade e desenvolvimento das respectivas atividades e o aprimoramento da gestão da Organização Social.

12.1.1. Os resultados alcançados deverão ser razões de análise criteriosa da CONTRATANTE, que adotará medidas de correção quando necessárias, visando garantir a plena eficácia do instrumento, e em persistindo as falhas, para informar aos dirigentes da CONTRATANTE e subsidiar a decisão do Governador do Distrito Federal acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social.

12.1.2. A verificação relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho, em confronto com as metas pactuadas.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

12.1.3. Ao final de cada exercício financeiro será elaborada consolidação dos relatórios técnicos emitidos pela Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Contratos, sobre o desempenho administrativo, financeiro, tecnológico e científico da CONTRATADA, devendo o Secretário de Estado de Saúde encaminhá-la, acompanhada de seu parecer conclusivo, ao Tribunal de Contas do Distrito Federal.

12.1.4. A Comissão de Avaliação de Avaliação e Acompanhamento de Contratos, constituída pelo Secretário de Estado de Saúde em conformidade com o disposto no § 2º do artigo 25 do Decreto 28.693, de 18 de janeiro de 2008, procederá à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Câmara Distrital.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

13.1. O prazo de vigência do CONTRATO DE GESTÃO será de 02 (dois) anos, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado nos termos da legislação vigente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA REVISÃO E REPACTUAÇÃO**

14.1. Na hipótese de comprovado desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, que inviabilize a sua execução a CONTRATANTE obriga-se a repassar à CONTRATADA recursos consignados no orçamento fiscal do exercício, destinados a garantir a capacidade operacional do Hospital, para fins de cumprimento das metas, mediante prévia justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes e autorização do Secretário de Estado de Saúde, observadas as limitações contidas no art. 65 da Lei nº. 8.666/93.

14.1.1. A comprovação de desequilíbrio econômico-financeiro a que se refere esta cláusula deverá ser feita através da apresentação dos demonstrativos de custos associado à operacionalização do Hospital, cujo uso lhe é permitido,

14.1.2. Este Contrato de Gestão poderá ser alterado, mediante justificativa por escrito, que conterà a manifestação de interesse das partes, mediante autorização do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal.

14.1.3. Qualquer alteração ou modificação das condições iniciais do ajuste, decorrente de má gestão, culpa e/ou dolo da CONTRATADA, verificada por ocasião do encerramento do prazo inicial de vigência previsto no "caput" da cláusula décima, ensejará a não prorrogação do prazo de vigência do presente contrato.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

14.1.4. Em qualquer hipótese é assegurado à CONTRATADA amplo direito de defesa, nos termos da Constituição Federal.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

15.1. A Prestação de Contas da CONTRATADA, a ser apresentada mensalmente, ou, a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, far-se-á através de relatório pertinente à execução desse Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros.

15.1.1. Ao final de cada exercício financeiro, a CONTRATADA deverá elaborar consolidação dos relatórios e demonstrativos e encaminhá-los à CONTRATANTE, em modelos por esta estabelecidos.

15.1.2. O Contrato de Gestão estará sujeito a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal devendo a Prestação de Contas da Contratada referente à execução físico financeira do Contrato de Gestão ser organização e apresentada ao Tribunal na forma, no prazo e com os elementos estabelecidos na Resolução nº. 164, de 04 de maio de 2004 do TCDF.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA INTERVENÇÃO DA CONTRATANTE NO SERVIÇO TRANSFERIDO**

16.1. Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população, a CONTRATANTE poderá assumir imediatamente a execução dos serviços que foram transferidos observadas as condições estabelecidas na Lei Distrital nº. 4.081, de 04 de janeiro de 2008, alterada pela Lei nº. 4.110, de 24 de março de 2008, Decreto Nº. 28.693, de 18 de janeiro de 2008.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS PENALIDADES**

17.1. Pelo descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições do presente ajuste, serão aplicadas as penalidades estabelecidas no Decreto nº. 26.851/2006, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº. 103 de 31 de maio de 2005, pág. 05 a 07, que regulamentou a aplicação das sanções administrativas previstas nas Leis Federais nº.s 8.666/93 e 10.520/2002.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

17.1.1. A inexecução, parcial ou total do Contrato ensejará a suspensão ou imposição da declaração de inidoneidade para licitar e contratar com o Distrito Federal, além de multa;

17.1.2. A multa será graduada de acordo com a gravidade da infração nos seguintes limites máximos:

- I. 0,3% (três décimos por cento) ao dia, até o trigésimo dia de atraso, sobre o valor da parte do serviço não realizado, mediante a conclusão de avaliação processual realizada pelo preposto da SES/DF, com direito a ampla defesa.
- II. 0,7% (sete décimos por cento) sobre o valor da parte do serviço não realizado, por cada dia subsequente ao trigésimo, considerando os aspectos relevados no item I.

17.1.3. O processo de avaliação referido nos itens I e II anteriores deverá levar em conta impedimentos de execução imputados a OS que extrapolem o seu poder de decisão e controle.

17.1.4. A Administração se reserva ao direito de descontar do pagamento devido à contratada, da parte variável, o valor de qualquer multa porventura imposta em virtude do descumprimento das condições estipuladas neste Contrato de Gestão.

17.1.5. As multas previstas neste Contrato de Gestão não têm caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá a contratada da responsabilidade por perdas e danos decorrentes das infrações cometidas, além de outras sanções aplicáveis por infrações apuradas em Processo Administrativo regular.

**17.2.** A aplicação das sanções de natureza pecuniária e restritiva de direitos pelo não cumprimento das normas previstas neste contrato, em face do disposto nos arts. 81, 86, 87 e 88 da Lei nº. 8.666/93 e art. 7º da Lei nº. 10.520/2002, serão obedecidos no âmbito da Administração às normas estabelecidas no referido Decreto Distrital.

### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA RESCISÃO**

**18.1.** A rescisão do Contrato poderá ser efetivada:

- I. Por ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;
- II. Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

- III. Por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela CONTRATANTE, em tempo superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar a Secretaria, formalizando a rescisão e motivando-a devidamente, informando do fim da prestação dos serviços contratados, sem prejuízo de indenização a que a CONTRATADA faça jus, bem como da obrigatoriedade do Distrito Federal arcar com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato;
- IV. Por ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de comprovado desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, que inviabilize o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operacional, sem que tenha havido a repactuação da avença.

18.1.1. Verificada uma das hipóteses previstas nos incisos I e II desta cláusula, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos,

18.1.2. A CONTRATADA terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE, tempo em que garante a assistência aos clientes do hospital;

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA COMPROVAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE METAS**

19.1. A CONTRATANTE cobrará mensalmente à contratada, segundo cronograma do MS/DATASUS, relatório da totalidade dos serviços produzidos por meio dos Sistemas de Informações do MS/DATASUS e os referentes aos serviços efetivamente prestados aos pacientes.

19.1.1. Para fins de prova da data de apresentação dos serviços produzidos, serão utilizados aplicativos eletrônicos das contas MS/DATASUS e os documentos (Nota Fiscal e Relatório Discriminativo) serão entregues a CONTRATADA mediante recibo assinado ou rubricado pelo servidor da CONTRANTE, com aposição do respectivo carimbo funcional.

19.1.2. Na hipótese da CONTRANTE não proceder à entrega dos documentos de Autorização dentro do prazo previsto, o prazo será contado a partir da data do recebimento pela CONTRATADA, dos citados documentos, do qual se dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

19.1.3. Os procedimentos realizados que forem rejeitados pelo serviço de processamento de dados do Ministério da Saúde/DATASUS serão enviados a CONTRATADA para as correções cabíveis, no prazo de 10 (dez) dias a contar do recebimento pela CONTRATANTE. A CONTRATADA deverá rerepresentar os procedimentos rejeitados no prazo estipulado pelo cronograma do MS/DATASUS do mês subsequente àquele em que ocorreu a devolução.

19.1.4. Quando houver perda de procedimento em decorrência de perda de prazo de rerepresentação pela CONTRATADA ou erro na apresentação das mesmas, tal fato será objeto de análise pelos órgãos de Controle e Avaliação – DICOAS/SUPRAC e Auditoria da CONTRATANTE.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**20.1.** A CONTRATADA poderá a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada à CONTRATANTE, propor a devolução do bem ao Poder Público do Distrito Federal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas alcançadas.

20.1.1. Os bens móveis cedidos à CONTRATADA, nas condições estabelecidas no “Termo de Permissão de Uso”, mediante prévia avaliação e expressa autorização da CONTRATANTE, poderão ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, os quais integrarão o seu patrimônio desta.

20.12. No caso de atraso pela CONTRATANTE da entrega dos bens móveis constante do Anexo III do Projeto Básico, fica a CONTRATADA isenta das responsabilidades consequentes.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO**

**21.1.** A eficácia do Contrato fica condicionada à publicação resumida do instrumento pela CONTRATANTE, na Imprensa Oficial, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de vinte dias daquela data, após o que deverá ser providenciado o registro do instrumento pela mesma.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO FORO**

22.1. As partes elegem o Foro de Brasília, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem assim justos e contratados, é o presente assinado em 02 (duas) vias, para um só efeito de direito.

Brasília, 21 de janeiro de 2009.

**AUGUSTO SILVEIRA DE CARVALHO**  
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DF

**MANUEL ANTAS FRAGA**  
REAL SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICÊNCIA  
PRESIDENTE

**PERFECTO BOUZA QUINTERO**  
REAL SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICÊNCIA  
DIRETOR FINANCEIRO

**TESTEMUNHAS:**

(Ass.)

(Nome)

*Assinatura* - José Romualdo dos Santos

(Ass.)

(Nome)

*Assinatura*  
Ana Lucia Lemos e Paula

