

# **CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS E DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO: A EXPERIÊNCIA DO CONTRATO PROGRAMA NOS HOSPITAIS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Priscilla Reinisch Perdicaris



## CONTRATUALIZAÇÃO DE RESULTADOS E DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO: A EXPERIÊNCIA DO CONTRATO PROGRAMA NOS HOSPITAIS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Priscilla Reinisch Perdicaris

### RESUMO

O escopo desta pesquisa é analisar o impacto da contratualização de resultados sobre o desempenho de hospitais públicos estaduais da Administração Direta no Estado de São Paulo. Este trabalho visa cobrir uma lacuna existente nos estudos de Nova Gestão Pública, buscando entender a correlação entre a implementação de políticas de gestão, no caso a contratualização, e os resultados de processo (*outputs*) e de impacto (*outcomes*) da organização. A hipótese a ser testada é a de que a contratualização melhora o desempenho das unidades hospitalares, pois aumenta a coordenação do núcleo estratégico do governo, estimula a aprendizagem organizacional, além de promover incentivos para a melhoria contínua. O caso escolhido para testar a hipótese é o de contratualização das unidades hospitalares da Administração Direta (AD) com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES), através do “Contrato Programa” iniciado ao final de 2008. Os resultados indicam que há relação entre a introdução dos contratos e os resultados do hospital, com melhoria na maior parte dos indicadores analisados.



## INTRODUÇÃO

A contratualização é considerada uma das políticas de NGP mais comumente utilizadas nos países da OECD (Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento), tendo em vista que governos de diferentes países estão utilizando atores privados e unidades descentralizadas para elaborar, gerir e implementar políticas públicas (OECD, 2005). Uma pesquisa realizada pela OECD e Banco Mundial em 2003 mostra que quase 80% dos países membros utilizam algum tipo de acordo de resultados, especificando metas de processo (OECD, 2004). Um exemplo de ampla utilização é a experiência inglesa, na qual mais de 70% do *civil service* foi transferido para agências executivas que tinham seus serviços estabelecidos por contratos de gestão (Fundação Getulio Vargas, 2008).

Ainda que alguns estudos tenham testado a relação entre a melhoria no desempenho da organização e a clareza dos resultados a serem perseguidos (Boyne & Chen, 2007; Camillus, 1975; Christensen, Lie, & Laegreid, 2007), uma pesquisa recente conduzida por Pollitt e Dan (2011) identifica uma lacuna nos estudos de NGP. Os autores apontam que, das pesquisas publicadas sobre o tema na Europa, apenas 8,5% tratam da relação entre a introdução de mecanismos de gestão e o impacto nos resultados obtidos através da adoção de tais práticas em órgãos governamentais (Pollitt & Dan, 2011).

No Brasil, a discussão sobre contratualização foi iniciada no governo Fernando Henrique, com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) em 1995, sob a liderança do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira. Buscava-se uma ferramenta para a melhoria de resultados das políticas públicas, com mudanças estruturais no aparelho do Estado e formatos organizacionais inovadores, como a criação das Organizações Sociais (OS) e as Agências Executivas (AE). Tais organizações descentralizadas seriam responsáveis pela prestação de serviços, enquanto que a função de planejamento caberia ao Estado, fortalecendo seu papel estratégico. A relação entre o núcleo estratégico e as organizações descentralizadas se daria através de compromissos com resultados, concedendo maior autonomia executiva às organizações (Pacheco, 2006).



Em São Paulo, um dos casos mais marcantes de contratualização é o desenvolvido na rede hospitalar do sistema de saúde pública estadual, que vem sendo implementado de forma ininterrupta por mais de uma década junto aos hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), entidades privadas sem fins lucrativos. A contratualização começou como uma forma de controlar e direcionar o serviço público prestado pelas OSS, regulamentadas pelo Estado de São Paulo em 1998, que passaram a ser contratadas para administrar hospitais públicos estaduais recém construídos.

A iniciativa acima descrita ganhou espaço na literatura acadêmica, principalmente em estudos comparativos entre o desempenho dos hospitais gerenciados por OSS *versus* aqueles administrados pelo Estado, denominados Administração Direta ou AD. Pesquisas mostram que hospitais gerenciados por OSS são mais eficientes e produzem mais que os hospitais AD quanto a altas por leito, custos por leito, rotatividade de leitos e taxas de substituição e ocupação (Barradas Barata & Mendes, 2006) (CONASS, Progestores, 2006) (Couttolenc, Nicolette, Machado, Zapparoli, & Dias, 2004) (Ibanez et al, 2001) (LaForgia & Couttolenc, 2008) (Mendes R. & Costa, 2005) (Quinhões, 2009). (Couttolenc et al, 2004) (Marinho, 2001).

Porém, utilizar-se de parceiros privados no serviço de saúde sem mecanismos de coordenação parece não ser a solução. Historicamente o SUS contrata organizações privadas para a prestação de serviços através de um instrumento intitulado “*convênio*”, o qual não define funções e tampouco estabelece metas de desempenho ou serviços a serem executados pelo parceiro. Hospitais privados com esse tipo de modelo tendem a enfatizar cuidados de alta complexidade em detrimento de procedimentos de maior volume e menor lucro, muitas vezes contrários ao interesse público (LaForgia & Couttolenc, 2008). A prestação de serviços de saúde por provedores particulares sem mecanismos de coordenação e avaliação de desempenho mostraram-se pouco eficazes na realidade brasileira. Entende-se, portanto, que o contrato, devidamente acompanhado, desempenhou um papel importante no caso das OSS.



O caso de contratualização com as OSS e os sucessivos estudos comparativos entre OSS e AD serviram de inspiração para que a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP) iniciasse, ao final de 2008, a contratação de resultados em algumas de suas unidades da Administração Direta, através de um mecanismo denominado Contrato Programa (CP). O Contrato Programa é um instrumento formal, registrado em cartório, que estabelece metas de produção, qualidade e eficiência para os hospitais públicos. As metas são estabelecidas entre as equipes da SES/SP juntamente com os dirigentes do hospital e são acompanhadas pela CSS (Coordenadoria de Serviços de Saúde), em reuniões periódicas de avaliação de desempenho. As reuniões, que podem ser mensais ou trimestrais, dependendo da evolução da gestão do hospital, reúnem as equipes de gestores do hospital e da CSS para discutir os indicadores e as ações necessárias para o alcance das metas. Esta experiência com o contrato programa será utilizada para testar a contribuição da contratação por resultados no desempenho dos serviços públicos, especificamente no que tange à qualidade e eficiência dos serviços hospitalares.

A experiência nos hospitais da Administração Direta de São Paulo oferece uma oportunidade relevante de testar a hipótese desta pesquisa. Em primeiro lugar, a área de saúde apresenta indicadores com conceitos já consolidados, o que não é frequente em demais áreas da administração pública. Ainda, por consequência de um programa de modernização de gestão iniciado em 2004, os hospitais da rede pública estadual desenvolveram a sistemática de coletar e tabular os indicadores de resultado e de processo, como taxa de mortalidade, índice de rotatividade do leito, tempo de permanência, entre outros. Outro ponto positivo para utilização do caso de São Paulo diz respeito à possibilidade de criar um grupo de tratamento e outro de controle, já que a administração utiliza a contratualização de resultados apenas em parte dos hospitais estaduais – o processo começou com três unidades em 2008 e, em dezembro de 2011, contava com 15 hospitais contratualizados, de um universo de 29 hospitais. São hospitais que, apesar de diferentes entre si, estão inseridos no mesmo contexto político-institucional da administração pública, diferentemente de quando se compara hospitais OSS e AD.



## **METODOLOGIA**

O estudo quantitativo visa responder às três primeiras perguntas e está dividido em três partes (vide Quadro 01 a seguir). A primeira consiste da avaliação geral de desempenho, onde será analisada a diferença dos indicadores em toda a amostra, buscando saber se os hospitais contratualizados apresentam maior variação de desempenho no período estudado, em relação aos hospitais não contratualizados. Serão avaliados os indicadores de processo e resultado, antes e depois da inclusão do hospital no Contrato Programa.

Um segundo momento consiste na análise da eficiência relativa dos hospitais. Para tanto é feito um agrupamento dos hospitais com características semelhantes, utilizando-se a metodologia de *clusters*, com os dados de perfil de internação dos hospitais, tornando a amostra o mais compatível possível. O objetivo é avaliar quais hospitais encontram-se próximos da fronteira de eficiência, utilizando-se a metodologia DEA (*Data Envelopment Analysis*), buscando entender se os hospitais contratualizados são mais eficientes em comparação ao restante da amostra.

### **Amostra**

A amostra do estudo consiste nos hospitais gerais da Administração Direta gerenciados pela CSS (Coordenadoria de Serviços de Saúde), área da SES, contratualizados e não contratualizados. A CSS coordena 38 unidades hospitalares de saúde, classificadas em Hospital Geral, Centros Psiquiátricos e Centros de Reabilitação. Destes, 25 são considerados hospitais gerais, sendo que 14 foram contratualizados entre dezembro de 2008 e março de 2010. Em março de 2010 também foi contratualizado pela primeira vez um Centro de Reabilitação, que não constará na amostra, por possuir características muito distintas de um hospital geral. Portanto, a amostra consiste de 25 hospitais gerais, sendo 14 contratualizados, conforme o Quadro 01 a seguir.



O recorte temporal é do período 2007-2011, pois segundo a SES, não existem dados confiáveis antes de 2007 para todos os hospitais a serem estudados. O total da amostra, considerando o número de hospitais e o período estudado, é de 125 observações. É importante salientar que os hospitais foram contratualizados aos poucos, portanto em um determinado ano pode constar como não contratualizado e no ano seguinte há mudança de status para contratualizado. A base de dados deste estudo foi construída com informações do Ministério de Saúde, disponível *online* no DATASUS, e informações do NIH, disponibilizadas pela equipe da CSS.



**Quadro 1. Unidades de Administração Direta Tradicional do tipo “Hospital Geral” subordinadas à CSS**

#	Nome	Unidade	Contrato-Programa (Data Assinatura)
1	Assis	Hospital Regional de Assis	Não contratado
2	Cachoeirinha	Hospital Geral Dr. Álvaro Simões de Souza de Vila Nova Cachoeirinha	29/04/2009
3	Cândido Fontoura	Hospital Infantil Cândido Fontoura	22/12/2008
4	CRSM	Centro de Referência Saúde da Mulher	Não contratado
5	Dante Pazzanese	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia	Não contratado
6	Darcy Vargas	Hospital Infantil Darcy Vargas	Não contratado
7	Emilio Ribas	Instituto de Infectologia Emílio Ribas	Não contratado
8	Ferraz de Vasconcelos	Hospital Dr. Osiris Florindo Coelho de Ferraz de Vasconcelos	21/12/2009
9	Guaianases	Hospital Geral de Guaianases Jesus Teixeira da Costa	21/12/2009
10	Guilherme Álvaro	Hospital Guilherme Álvaro – Santos	31/07/2009
11	Heliópolis	Hospital Heliópolis	Não contratado
12	Interlagos	Hospital Maternidade Interlagos	31/07/2009
13	Ipiranga	Hospital Ipiranga	Não contratado
14	Leonor Mendes de Barros	Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	31/07/2009
15	Mandaqui	Conjunto Hospitalar do Mandaqui	01/03/2010
16	Mirandópolis	Unidade Integrada de Saúde de Mirandópolis	Não contratado
17	Osasco	Hospital Regional de Osasco	31/07/2009
18	Padre Bento	Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos	29/04/2009
19	Penteado	Hospital Geral de Vila Penteado	29/04/2009
20	Presidente Prudente	Hospital Estadual de Presidente Prudente (Materno-Infantil)	Não contratado
21	Promissão	Hospital Regional de Promissão	Não contratado
22	Regional Sul	Hospital Regional Sul	22/12/2008
23	São Mateus	Hospital Geral de São Mateus	29/04/2009
24	Sorocaba	Conjunto Hospitalar de Sorocaba	Não contratado
25	Taipas	Hospital Geral de Taipas	22/12/2008

Fonte: Documento Eletrônico disponibilizado pela equipe da CSS em 19/09/2011.



## Fase 1. Avaliação Horizontal de Variação de Desempenho

A primeira fase do estudo consiste em uma análise horizontal, com o objetivo de comparar os dois grupos de estudo (hospitais com e sem contrato), com todos os hospitais estaduais do tipo “Hospital Geral”, listados anteriormente no Quadro 12. Nesta metodologia verifica-se o comportamento de cada um dos dois grupos no período de 2007 e 2011. As variáveis selecionadas para essa fase do estudo são:

- Taxa de ocupação mensal média;
- Tempo médio de permanência;
- Pacientes/dia;
- Taxa de rotatividade;
- Taxa de mortalidade;
- Índice de Satisfação;
- Taxa de Infecção Hospitalar.

Para se analisar o comportamento das variáveis foram utilizadas as médias anuais. A justificativa para essa escolha está no fato de que ao utilizar uma média de tendência central diluí-se o impacto de qualquer tipo de choque ou sazonalidade. Nessa avaliação busca-se observar como foi o comportamento das médias das variáveis.

Como se trata de uma avaliação horizontal, ou seja, o hospital é comparado com si próprio ao longo dos anos, não se faz necessário agrupar a amostra em perfis semelhantes. O objetivo desta fase é avaliar se o grupo de hospitais contratualizados apresenta uma variação de desempenho superior ao grupo de hospitais sem contrato (Ilustração 4). Com isso, busca-se lidar com uma das limitações apresentadas anteriormente, o fato de que os hospitais submetidos ao contrato não foram selecionados aleatoriamente na fase inicial. O *software* utilizado nesta fase do estudo foi o MS Excel.



## Fase 2. Análise da Eficiência e Identificação dos Clusters

A última fase quantitativa compreende a análise da eficiência dos hospitais, com a metodologia de DEA (*Data Envelopment Analysis* ou Análise Envoltória de Dados). O DEA é utilizado para determinar a eficiência relativa de um grupo de unidades organizacionais, como por exemplo, diferentes unidades escolares ou hospitalares, na presença de múltiplos parâmetros de insumos (*inputs*) e de produtos (*outputs ou outcomes*). A metodologia busca identificar uma fronteira de eficiência baseada nos parâmetros apresentados e mapeia quais unidades encontram-se mais próximas da fronteira, portanto sendo considerados mais eficientes (Charnes, Cooper, & Rhodes, 1978).

Para a análise do DEA foram utilizados insumos e produtos conforme abaixo, comparando-se os períodos 2007-2009 e 2010-2011.

### Insumos

- Taxa de ocupação média;
- Tempo médio de permanência;
- Pacientes/dia;
- Taxa de rotação de leitos.

### Produto

- Taxa de mortalidade.

A justificativa para a utilização dos anos de 2010 e 2011 se baseia no fato de que todos os hospitais contratados analisados formalizaram seus contratos entre nos anos anteriores a 2010. Sendo assim, 2010 e 2011 são períodos onde 100% dos hospitais contratados possuem ao menos 1 ano de contrato, permitindo assim obter ao menos uma noção inicial dos efeitos dos contratos sobre a eficiência. Este período é comparado ao período anterior, entre 2007 e 2009, quando os contratos ainda estavam em sua fase inicial de implantação.

O índice de insumos foi produzido a partir dos indicadores de Taxa de ocupação média; Tempo médio de permanência; Pacientes/dia, e Taxa de rotação de leitos. Foi mantida a taxa de mortalidade como único produto. Entretanto, antes da construção do índice foi preciso transformar as variáveis, dado que todas precisam ter um mesmo sentido de grandeza. Por esse motivo usou-se o inverso do tempo médio de permanência e o inverso da taxa de mortalidade.



Com todas as variáveis na mesma ordem de grandeza os índices para todas as variáveis de acordo com a fórmula (1), com a média como base de valor igual a 100.

$$(1) I_{i,j} = 100 * (V_{i,j}/B_i)$$

- $I_{i,j}$ : índice da para variável “i” para o hospital “j”;
- $V_{i,j}$ : valor da variável “i” para o hospital “j”;
- $B_i$ : base da variável “i” (média da variável “i”).

Para a construção do índice de insumos ponderou-se por 0,25 cada um dos 4 índices de insumo, como mostra a fórmula (2).

$$(2) II_i = 0,25 * (I_{ocupação,j} + I_{permanência,j} + I_{pacientes,j} + I_{rotação,j})$$

- $II_i$ : índice de insumos para variável “i” ;
- $I_{ocupação,j}$ : índice para variável taxa de ocupação média mensal para o hospital “j”;
- $I_{permanência,j}$ : índice para variável tempo médio de permanência mensal para o hospital “j”;
- $I_{pacientes,j}$ : índice para variável pacientes/dia para o hospital “j”;
- $I_{rotação,j}$ : índice para variável taxa de rotação de leitos mensal para o hospital “j”.

É importante salientar que existem alguns limites na aplicabilidade do DEA, principalmente no que diz respeito à homogeneidade da amostra e a escolha das variáveis adequadas (Dyson et al, 2001). Sendo assim, para posicionar os hospitais na fronteira de eficiência seria necessário ajustar o índice de mortalidade conforme o perfil do hospital (o chamado *risk-adjusted mortality*), para comparar hospitais de forma mais equitativa. Como este ajuste não é possível para o caso brasileiro, por falta de dados, a saída encontrada foi agrupar os hospitais de porte e perfil semelhante, utilizando a metodologia de análise de *clusters*.

A análise de *clusters* é uma técnica de análise exploratória de dados utilizada para resolver problemas de classificação. Tem como objetivo ordenar diferentes unidades em grupos, de forma que o grau de similaridade entre membros do mesmo *cluster* seja mais forte que o grau de similaridade entre membros de diferentes *clusters*. Os *clusters* podem ser descritos como a classe a qual determinados membros pertencem. A técnica permite descobrir associações entre



dados, que não são evidentes a priori. É normalmente utilizada para segmentação de mercados, por variáveis que expressam hábitos de consumo ou perfil de gastos, por exemplo, ou ainda classificar produtos, com o objetivo de analisar e definir estratégias mercadológicas (Wooldridge J. , 2003).

Para a divisão dos hospitais em *clusters*, foram considerados os seguintes indicadores:

- Classificação Hospitalar do SUS;
- Número de Leitos;
- Perfil de atendimento, considerando o número de pacientes atendidos nos diferentes serviços de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Obstetrícia, Emergência, UTI Adulto, UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

Tais indicadores foram escolhidos para o agrupamento, pois representam o porte do hospital e o perfil de atendimento. O software estatístico utilizado nessa fase foi o Minitab.

Após o agrupamento dos hospitais por similaridade, entende-se que o perfil e porte das unidades dentro de um determinado cluster possuem um alto grau de similaridade. Desta forma, pode-se utilizar o DEA para classificar os hospitais conforme sua eficiência relativa, buscando entender se os hospitais com contrato encontram-se mais próximos da fronteira de eficiência. Para o DEA utilizou-se o software estatístico Stata, combinado ao MS Office Excel.

## **OBJETO DE ANÁLISE: O CONTRATO PROGRAMA**

A descrição do Contrato Programa nesta seção é baseada no instrumento contratual, nas entrevistas semi-estruturadas realizadas com os gestores da SES e CSS e gestores de hospitais contratualizados e também no acompanhamento de reuniões trimestrais de avaliação do Contrato Programa. Com exceção aos contratos firmados, não há nenhuma documentação formal que descreva em que consiste o Contrato Programa.



O Contrato Programa, iniciativa de contratualização junto aos hospitais da Administração Direta, iniciou-se em dezembro de 2008, motivado em parte pelos resultados positivos conseguidos pelo contrato de gestão junto às OSS. De forma geral, o arcabouço de funcionamento é similar ao contrato de gestão – são estabelecidas metas para o hospital, essas metas são acompanhadas pela CSS e o hospital recebe uma bonificação de 1% do orçamento caso atinja a meta estabelecida. No entanto existem algumas diferenças sutis de conceito entre as duas formas de contratualização, que serão salientadas ao longo do texto, como o fato de ser um contrato com áreas dentro da organização – ao contrário das OSS que são com parceiros externos –, não ser previsto mecanismos de punição, a prestação de contas se dar em reuniões de acompanhamento, não apenas em relatórios, entre outros.

É importante salientar que o Contrato Programa é uma estratégia interna à CSS, uma tentativa de aprimorar a gestão dos hospitais, treinando os diretores e a equipe das unidades para melhorar a efetividade, trabalhar com indicadores e avaliar resultados alcançados. Não é para ser algo imposto aos hospitais, e sim um projeto de adesão voluntária, com um conjunto de iniciativas que visam melhoria contínua dos processos das unidades hospitalares.

No primeiro ano que o hospital adere ao Contrato, as reuniões de acompanhamento são realizadas mensalmente. A partir do segundo ano, observando-se evolução no desempenho, as reuniões passam a acontecer trimestralmente, exceto em unidades que não tenham atingido um padrão mínimo de resultados. Em unidades cujos resultados não são satisfatórios o acompanhamento ocorre mensalmente pela CSS, para que o diretor da unidade deficiente seja devidamente treinado e profissionalizado com ferramentas que permitirão o alcance dos resultados desejados. Sabe-se que nem todas as unidades respondem bem aos estímulos, contudo existe um trabalho mais intenso nas unidades que responderam menos, para que melhorem sua gestão.

A CSS prioriza a formação de diretores de hospitais através do Contrato Programa, trazendo a equipe de gestores do hospital até a SES, para discutir o desempenho obtido por cada unidade hospitalar. Cada gestor adota um estilo de gestão diferente, mas a coordenadoria tem o foco nos gestores que não obtiveram



os resultados esperados e auxilia aqueles que têm mais dúvidas. A CSS estimula que os gestores das unidades hospitalares acompanhadas possam trocar experiências com os demais diretores. Os incentivos financeiros para as unidades que atingem os resultados existem desde o primeiro mês de adesão ao CP. O valor do incentivo pode chegar a 1% do orçamento da unidade, previsto no instrumento contratual, dividido em quatro parcelas trimestrais de igual valor.

A percepção dos entrevistados da CSS e dos dirigentes dos hospitais, que acompanham de perto a implantação do Contrato Programa, este traz resultados positivos, tais como a redução de gastos nas unidades, a otimização de recursos, o aumento de produtividade, aumento da cobertura populacional, redução da taxa de mortalidade, taxa de cesárea, além de atendimento às queixas de clientes e maior integração dos setores da coordenadoria (finanças, RH e humanização), comissões, agora mais representativas, dos hospitais – infecção de prontuários, farmácia, óbito. A próxima sessão trará a análise detalhada do caso e dos resultados apresentados.

## RESULTADOS

### Análise Horizontal

Para a análise horizontal, foram avaliadas as médias anuais das variáveis: Índice de Satisfação; Taxa de ocupação mensal média; Tempo médio de permanência; Pacientes/dia; Taxa de rotatividade, e Taxa de mortalidade, no período entre 2007 e 2011. O sentido das variáveis está indicado no Quadro 2 abaixo:

**Quadro 2. Sentido das variáveis**

<b>Indicador</b>	<b>Sentido</b>
Índice de Satisfação	<b>↑ Maior, Melhor</b>
Taxa de ocupação mensal média	<b>↑ Maior, Melhor</b>
Tempo médio de permanência	<b>↓ Menor, melhor</b>
Pacientes/dia	<b>↑ Maior, melhor</b>
Taxa de rotatividade	<b>↑ Maior, melhor</b>
Taxa de mortalidade	<b>↓ Menor, melhor</b>

Fonte: Elaborado pela autora.



O estudo se inicia pelo Quadro 3, a partir de uma avaliação geral – sem diferenças entre os grupos. Essa avaliação busca se observar como foi o comportamento das médias das variáveis.

**Quadro 3. Comportamento das variáveis em dos dois grupos considerados conjuntamente entre 2007 e 2011.**

Comportamento dos dois grupos entre 2007 e 2011			
Variáveis	Média em 2007	Média em 2011	Variação
satisfação	7.29	7.40	1.46%
taxa de ocupação mensal média	77.91	76.96	-1.22%
tempo médio de permanência	6.86	6.17	-10.11%
pacientes/dias	4646.98	4355.46	-6.27%
taxa de rotatividade	3.83	3.94	-2.57%
taxa de mortalidade	5.03	4.46	-11.32%

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 3 indica uma melhora em todas as variáveis, com exceção da taxa de satisfação. Dentre elas, a maior variação é verificada na taxa de mortalidade (-11,32% de variação). A partir da análise dos grupos – com contrato e sem contrato – pode-se avaliar se existe algum grupo que guia o comportamento observado das variáveis na análise conjunta. Pode-se observar a diferença entre os grupos nos Quadros 4 e 5.



**Quadro 4. Comportamento das variáveis do grupo sem contrato entre 2007 e 2011.**

Comportamento do grupo sem contrato entre 2007 e 2011			
Variáveis	Média em 2007	Média em 2011	Variação
satisfação	7.29	7.63	6.13%
taxa de ocupação mensal média	77.91	71.75	-7.91%
tempo médio de permanência	6.86	6.78	-1.18%
pacientes/dias	4646.98	3879.41	-16.51%
taxa de rotatividade	3.83	3.09	-19.45%
taxa de mortalidade	5.03	5.02	-0.17%

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 5. Comportamento das variáveis do grupo com contrato entre 2007 e 2011.**

Comportamento do grupo com contrato entre 2007 e 2011			
Variáveis	Média em 2007	Média em 2011	Variação
satisfação	6.98	7.07	1.16%
taxa de ocupação mensal média	80.53	81.42	1.10%
tempo médio de permanência	6.31	5.64	-10.65%
pacientes/dias	4776.86	4763.50	-0.27%
taxa de rotatividade	4.18	4.66	11.27%
taxa de mortalidade	4.37	3.98	-9.10%

Fonte: Elaborado pela autora.



O Quadro 4 descreve o comportamento no grupo dos hospitais que não possuem contrato, enquanto o Quadro 5 analisa o grupo dos hospitais com contrato. Pode-se observar que, com exceção à taxa de satisfação, todas as demais variáveis tiveram maior variação de desempenho nos grupos contratualizados. As maiores variações de desempenho entre os dois grupos dizem respeito à taxa de rotatividade, com um decréscimo de quase 20% nos hospitais sem contrato, e um acréscimo de mais de 11% nos hospitais contratualizados, além de uma redução de quase 10% na taxa de mortalidade nos hospitais que aderiram ao CP, enquanto se manteve estável nos demais hospitais. Houve ainda um decréscimo de mais de 10% no tempo médio de permanência nos hospitais contratualizados, enquanto que nos demais se manteve praticamente estável. O Quadro 6 abaixo resume a variação de desempenho nos dois grupos.

**Quadro 6. Variação de desempenho nos grupos com e sem contrato**

Indicador	Sem Contrato	Com Contrato	Sentido
Satisfação	6.13%	1.16%	↑
Taxa de ocupação mensal média	-7.91%	1.10%	↑
Tempo médio de permanência	-1.18%	-10.65%	↓
Pacientes/dia	-16.51%	-0.27%	↑
Taxa de rotatividade	-19.45%	11.27%	↑
Taxa de mortalidade	-0.17%	-9.10%	↓

Fonte: Elaborado pela autora.

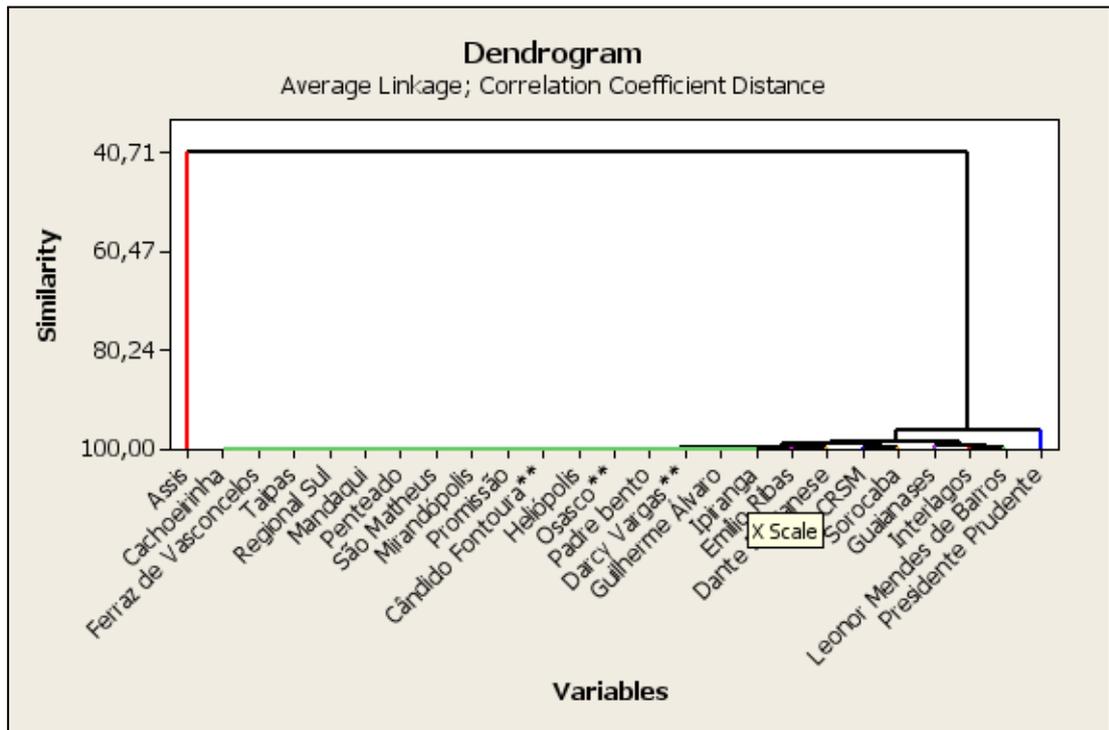
### **Análise de Eficiência**

Antes de iniciar a análise de eficiência, se faz necessário homogeneizar a amostra, buscando identificar hospitais com perfil de internação e porte semelhantes. Para a identificação dos *clusters* foi utilizada a representação gráfica do tipo dendrograma, e foram utilizados os indicadores de volume de internação por tipo de serviço (cirurgia, emergência, pronto atendimento, entre outros), classificação hospitalar do SUS e número de leitos, conforme descrito no capítulo de metodologia.



O Gráfico 1 representa a análise de clusters com todos os hospitais da amostra. Foram identificados dois *outliers*, os hospitais de Assis e Presidente Prudente, ou seja, são unidades cujo perfil e porte são muito díspares do restante da amostra.

**Gráfico 1. Dendrograma para análise de Clusters**

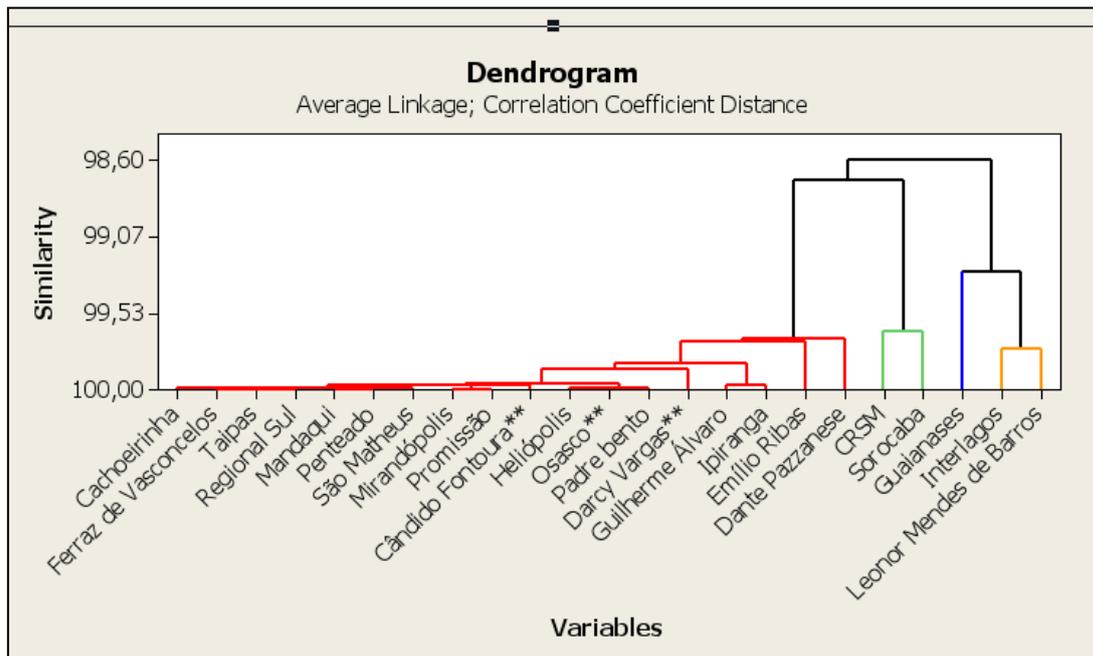


Fonte: Elaborado pela autora.

Retirando-se esses hospitais da amostra, é possível observar no Gráfico 2 a seguir, que todos os hospitais restantes possuem um grau de semelhança de 98,6%. Porém, um grupo se destaca, por possuir semelhança de quase 99,5%, que inclui os 18 hospitais, que vão de Cachoeirinha a Dante Pazzanese no Gráfico 2. Um segundo grupo incluiria os hospitais de Sorocaba e CRSM e um terceiro, os de Guaianases, Interlagos e Leonor Mendes de Barros, sendo que os dois últimos são ainda mais próximos<sup>1</sup>. Vale salientar que eles são semelhantes tomando por base os indicadores inseridos na análise, de perfil de atendimento e porte, e caso sejam inseridas outras variáveis na análise é possível encontrar outros resultados.

<sup>1</sup> Um bom indicativo para o resultado da análise de clusters é a de que os hospitais de Interlagos e Leonor Mendes de Barros são hospitais gerais com Ginecologia e Obstetrícia, e foram agrupados como semelhantes entre si e diferentes dos demais.



**Gráfico 2. Dendrograma para análise de Clusters, excluindo-se outliers**

Fonte: Elaborado pela autora.

Identificados os clusters, para executar a análise da eficiência para os períodos de 2007-2009 e de 2010-2011 foi utilizada a análise envoltória de dados (DEA). Para tanto é utilizada como variável de insumos, um índice construído a partir da taxa de ocupação média mensal; o tempo médio de permanência mensal; o número de pacientes/dia; e a taxa de rotação de leitos mensal. A construção do índice está detalhada no capítulo de metodologia. Como variável de produto é utilizada a taxa de mortalidade mensal.

Nesta etapa foram utilizados apenas os 18 hospitais mais semelhantes entre si segundo a análise de clusters. São eles Cachoeirinha, Ferraz de Vasconcelos, Taipas, Regional Sul, Mandaqui, Penteadó, São Matheus, Mirandópolis, Promissão, Cândido Fontoura, Heliópolis, Osasco, Padre Bento, Darcy Vargas, Guilherme Álvaro, Ipiranga, Emílio Ribas e Dante Pazzanese. Desses hospitais 11 possuem contrato e 7 não possuem.

O Quadro 7 mostra a média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para os anos de 2007 e 2009. Já o Quadro 8 mostra como foi a média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para os anos de 2010 e 2011, quando já há efeito do contrato nos hospitais contratualizados, onde os hospitais com asterisco representam os contratados e os sem asterisco os não contratados.



**Quadro 7. Média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para os anos de 2007 e 2009**

Hospital	Média 2007-2009
Dante Pazzanese	0,93
Regional Sul*	0,93
São Matheus*	0,92
Osasco*	0,92
Emílio Ribas	0,90
Taipas*	0,90
Cândido Fontoura*	0,89
Ferraz de Vasconcelos*	0,88
Ipiranga	0,87
Penteado*	0,87
Mandaqui*	0,86
Mirandópolis	0,86
Promissão	0,85
Cachoeirinha*	0,84
Darcy Vargas	0,83
Padre Bento*	0,82
Heliópolis	0,80
Guilherme Álvaro*	0,80

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 8. Média da eficiência calculada via análise envoltória de dados para os anos de 2010 e 2011**

Hospital	Média 2010-2011
Penteado*	0,99
Ferraz de Vasconcelos*	0,99
Osasco*	0,98
Mandaqui*	0,98
Taipas*	0,95
Dante Pazzanese	0,92
São Matheus*	0,91
Regional Sul*	0,90
Guilherme Álvaro*	0,89
Ipiranga	0,87
Cachoeirinha*	0,86
Darcy Vargas	0,86
Cândido Fontoura*	0,86
Emílio Ribas	0,86
Heliópolis	0,86
Mirandópolis	0,86
Padre Bento*	0,86
Promissão	0,86

Fonte: Elaborado pela autora.



O Quadro 8 mostra o avanço dos hospitais contratados em relação ao apresentado no Quadro 7. Nela os 8 primeiros hospitais – sendo que 7 são contratados – alcançaram um índice de eficiência igual ou superior a 90% - considerando que essa porcentagem é baseada no comportamento da amostra. Já o avanço dos hospitais não contratados não foi tão impactante, mesmo assim a média dos dois grupos ficou muito próxima. Os contratados atingiram 0,92 (92% de eficiência relativa) e os não contratados 0,87 (87% de eficiência relativa). Dessa forma a diferença entre ambos foi de 5 pontos percentuais (ou 6,3%) a favor dos hospitais contratados. Como essa diferença não é tão ampla fez-se um teste de diferença de médias para confirmar ou rejeitar a tese de que o grupo dos hospitais contratados foi de fato estatisticamente superior entre os anos de 2010 e 2011.

Como mostra o Quadro 9 a diferença observada é estatisticamente válida. Além da comparação nos anos de 2010 e 2011 entre os dois grupos, também é importante observar o que aconteceu com cada um deles antes e depois da existência dos contratos. O grupo dos contratados obteve um aumento de 6,3%, saltando de 0,87 (87%) para 0,92 (92%) em termos de eficiência relativa (exatamente a mesma diferença encontrada entre os grupos nos anos de 2010 e 2011) e o Quadro 10 mostra que a 10% de significância essa diferença é estatisticamente válida. Já o grupo dos não contratados apresentou um aumento de 1,16%, saltando de 0,86 (86%) para 0,87 (87%) de eficiência relativa. Entretanto, como mostra o Quadro 11, essa diferença não é estatisticamente relevante.

#### **Quadro 9. Teste de diferença de médias para os dois grupos analisados**

Teste de diferença de médias
H0: os dois grupos têm a mesma média
H1: a média do grupo contratatado é maior
estatística t: 6.68
p-valor: 0%

Fonte: Elaborado pela autora.



**Quadro 10. Teste de diferença de médias para o grupo dos contratados nos períodos 2007-2009 e 2010-2011.**

Teste de diferença de médias
H0: não houve mudança no grupo dos contratados H1: houve mudança
estatística t: 1.83 p-valor: 9%

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 11. Teste de diferença de médias para o grupo dos não contratados nos períodos 2007-2009 e 2010-2011**

Teste de diferença de médias
H0: não houve mudança no grupo dos não contratados H1: houve mudança
estatística t: 0.56 p-valor: 59%

Fonte: Elaborado pela autora.

Pode-se então afirmar que houve diferença na eficiência do grupo de hospitais que aderiram ao Contrato Programa, em um curto espaço de tempo, enquanto que no grupo dos hospitais não contratualizados não houve mudança no padrão de desempenho. Como se observa na comparação entre os quadros 9 e 10, a maior parte dos hospitais contratualizados melhorou sua eficiência relativa, enquanto que os demais melhoraram pouco ou mantiveram-se estáveis.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desta pesquisa era o de analisar se o contrato de gestão, representada aqui pelo Contrato Programa, impacta positivamente no desempenho da organização, estimulando o aprendizado organizacional, aumentando a coordenação do núcleo estratégico do governo e promovendo incentivos para a melhoria contínua. Nos casos analisados, o processo de contratualização trouxe melhores resultados tanto para os indicadores de processo (*output*), quanto para os de impacto (*outcome*), considerando-se os dados e período analisados. Há evolução positiva de desempenho entre os hospitais contratados quando comparados aos não contratados, sendo que antes da adesão ao contrato todos os hospitais apresentavam desempenho semelhante: eles se diferenciam após o início da vigência do Contrato Programa. Todas as demais condições dos hospitais permanecem constantes, ou seja, não houve outra alteração significativa que tenha afetado apenas um dos grupos, que justifique tal mudança na *performance*.

Com os diferentes métodos estatísticos aqui apresentados foi possível avaliar o impacto do Contrato Programa em diferentes aspectos: (1) com a análise horizontal, verificou-se individualmente cada indicador, observando-se o comportamento dos hospitais contratados frente aos não contratados. Para o grupo de contratados, houve melhoria nos indicadores de Taxa de ocupação mensal média; Tempo médio de permanência; Pacientes/dia; Taxa de rotatividade, e Taxa de mortalidade; (2) é possível observar mudanças no padrão de eficiência entre os grupos, sendo que o grupo dos hospitais contratualizados apresentou maior variação de desempenho entre os períodos antes e depois do contrato, considerando-se hospitais semelhantes em perfil e porte. Desta forma, conclui-se que há correlação entre a implantação do Contrato Programa e os resultados apresentados pelos hospitais, pois houve alteração no padrão de comportamento de um dos grupos, justificado pelo tratamento “Contrato Programa, mantendo-se as demais condições constantes entre os dois grupos.



É importante salientar que, apesar de apresentar impacto nos resultados, o Contrato Programa é uma estratégia limitada, pois existem outros aspectos que impactam o desempenho de uma organização e são tratados de forma superficial pelo contrato, como aspectos relacionados remuneração, autonomia financeira e decisória, agilidade nos processos internos, como compras e licitações, gestão de compras e ativos. Nas entrevistas fica claro que há outros entraves para o desempenho que não são superados pelo contrato, como a gestão de RH, o que dificulta políticas de motivação de pessoal ou ainda a gestão de compras e licitações, que gera ineficiências e traz morosidade ao processo. É necessário acompanhar a evolução da experiência de contratualização com os hospitais da administração direta para entender se haverá melhoras futuras decorrentes do contrato, como a ampliação das flexibilidades de gestão, a concessão de espaço para a gestão dos recursos humanos ou para a simplificação das compras, e seus possíveis desdobramentos em termos de melhorias de desempenho.

---

#### AUTORIA

**Priscilla Reinisch Perdicaris** – Doutora e mestre em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (2012 e 2009), graduada em Engenharia Civil pelo Centro Universitário da FEI (1999) e MBA pela Adelaide University, Austrália (2002). Atualmente atua como gestora de uma organização de saúde. Adicionalmente, atua como consultora em projetos de planejamento estratégico, gestão organizacional e mensuração de desempenho, em especial no setor público e de saúde.

Endereço eletrônico: [priperdicaris@uol.com.br](mailto:priperdicaris@uol.com.br)

