

Prestação dos repasses ao terceiro setor requer revisão profunda



Élica Graziane Pinto
procuradora do Ministério
Público de Contas de SP

Há cerca de um ano, mais especificamente no dia 12/09/2018^[1], a

Comissão Parlamentar de Inquérito das Organizações Sociais de Saúde – instaurada^[2] no âmbito da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo – apresentou seu relatório final.

Naquela ocasião, o Presidente da CPI das OSS's, Deputado Estadual Edmir Chedid (DEM), enfaticamente concluiu^[3]: “as entidades beneficiárias de tais repasses **NÃO** se sentem obrigadas a prestar contas”. De lá para cá, institucionalmente quase nada mudou na legislação paulista, tampouco nos processos de prestação de contas que tramitam no âmbito do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo...

Ao nosso sentir, as prestações de contas de repasses ao terceiro setor são marcadas, em regra, por uma grande e severa fragilidade estrutural de avaliação de custos e resultados. A bem da verdade, a própria concepção inicial do serviço não é objetiva e consistentemente bem formulada no planejamento setorial de cada política pública. Daí advém uma execução discricionária e errática de toda sorte de repasses ao terceiro setor, sem filtros qualitativos e quantitativos de avaliação da adequada aplicação dos recursos em face das reais necessidades diagnosticadas de atendimento à população.

Particularmente, na área da saúde, tem havido uma espécie de fuga do regime jurídico administrativo em direção ao direito privado (tal como suscitava Maria João Estorninho), sobretudo como tentativa de burla ao limite de despesa de pessoal e em afronta literal ao art. 18, §1º da Lei de Responsabilidade Fiscal (como tratamos [aqui](#)).

Vale lembrar, por oportuno, que, em [estudo](#) publicado em 2017 sobre opções de ajuste fiscal, o Banco Mundial assim se posicionou quanto à ineficiência alocativa na política pública de saúde brasileira:

O SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente. O SUS enfrenta desafios que exigem profundas reformas no sistema. As reformas precisarão solucionar os desafios atuais (qualidade, eficácia e ineficiências) e preparar o sistema para desafios futuros (envelhecimento da população e o crescente ônus de doenças crônicas). Cinco áreas

exigirão atenção:

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

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

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

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

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

Ao invés de avançar sobre a correção das iniquidades suscitadas pelo Banco Mundial, fortalecendo o planejamento sanitário e a atenção primária de saúde, a realidade, contudo, no cotidiano da fiscalização contábil e financeira dos repasses ao terceiro setor no âmbito do SUS tem sido a de pagamentos por estimativa para unidades de serviço não necessariamente prestadas no atendimento ambulatorial e/ou hospitalar. Sobrelevam os controles formais e as despesas ineficientes, com risco de desvios e capturas.

Eis o contexto em que precisamos primordialmente resgatar – com hígidez – a necessidade de as entidades do terceiro setor provarem sua integridade, até para os devidos fins da Lei Anticorrupção e dos arts. 41 e 42 do Decreto 8.420/2015 (que a regulamentou), por meio da distribuição compartilhada do ônus da prova quanto ao manejo regular dos recursos públicos, perante as instâncias de controle e ao longo de um devido processo de prestação de contas.

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

Não obstante o fato de haver significativa concentração dos repasses para pequeno número de entidades beneficiárias^[4], os processos de prestação de contas – tramitados sempre em caráter individual e com dados avaliados isoladamente – ignoram a necessidade premente de:

- evidenciação dos riscos de remunerações cumulativas (a título de honorários e/ou pagamento de assessorias jurídica/contábil etc) e, portanto, dissonantes com o regime do art. 37, XI da CR/1988;
- aferição do ganho de escala para fins de redução de custos administrativos na operacionalização de cada contrato de gestão/convênio/termo de parceria ou qualquer outra espécie de liame negocial e no controle consolidado do número global de negócios (lato senso) por entidade beneficiária (controle do total de recursos públicos administrado por cada CNPJ);
- cruzamento do desvio padrão dos preços praticados em todos os repasses de mesma espécie, por mês de liquidação e pagamento da despesa, para fins de controle preventivo em face de pleitos por aditivos contratuais ou por novos incentivos fiscais em busca de majoração dos repasses;
- gestão de demanda reprimida para ampliação prospectiva dos atendimentos na rede;
- sujeição das entidades do terceiro setor aos deveres de transparência ativa, integridade e prestação de contas perante todas as instâncias cabíveis de controle e, por fim,
- controle de qualidade dos resultados operacionais do atendimento ambulatorial e hospitalar, com a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária de saúde.

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

(i) ADERÊNCIA AO PLANEJAMENTO SANITÁRIO, na forma do art. 36 da Lei 8.080/1990, do art. 2º, II e do art. 30, ambos da Lei Complementar nº 141/2012;

- (ii) DEMONSTRAÇÃO DO CARÁTER ESTRITAMENTE COMPLEMENTAR E COMPROVAÇÃO DA VANTAJOSIDADE DO REPASSE EM RELAÇÃO À EXECUÇÃO DIRETA, na forma do art. 199, §1º da Constituição de 1988, dos arts. 4º, §2º, 8º e 24 da Lei 8.080/1990 e do art. 16 da Lei 4.320/1964;
- (iii) OBEDIÊNCIA AO TETO REMUNERATÓRIO, em consonância com o art. 37, XI da Constituição de 1988, no somatório global mensal dos pagamentos feitos aos funcionários das entidades com recursos públicos na forma de salários, honorários e quaisquer espécies remuneratórias;
- (iv) DEVIDO PROCESSO ISONÔMICO E IMPESSOAL DE SELEÇÃO DA ENTIDADE, na forma do julgamento conferido pelo Supremo Tribunal Federal à ADI 1923/DF julgada pelo STF e do Acórdão TCU 3239/2013-Plenário;
- (v) REGRAMENTO DE SUBCONTRATAÇÕES/QUARTEIRIZAÇÕES COM CONTROLE DE DEVIDO PROCESSO DE SELEÇÃO E EVIDENCIAÇÃO DE CUSTOS, nos mesmos moldes da própria parceria celebrada entre Estado e entidade do terceiro setor;
- (vi) VEDAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES E NEPOTISMO, em respeito aos princípios da moralidade e impessoalidade;
- (vii) DEVER DE TRANSPARÊNCIA ATIVA, na forma do art. 2º da Lei 12.527/2011;
- (viii) CONTROLE DE CUSTOS E RESULTADOS, por meio do contraste entre metas físicas e financeiras constantes do plano de trabalho e a execução dos indicadores de processo e resultado da parceria em painel de acompanhamento simultâneo divulgado no sítio eletrônico tanto do ente público (caráter global de todas as parcerias em andamento e dados unitários de cada qual), quanto da entidade do terceiro setor (com dados consolidados de todos os recursos públicos recebidos e por cada vínculo negocial isoladamente);
- (ix) COMPROVAÇÃO DA EFETIVA AUSÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA, por meio do exame em pertinente matriz de risco de indicadores extraídos da confluência dos itens (iii), (v) e (viii);
- (x) GESTÃO DO GANHO DE ESCALA OPERACIONAL E RESTRIÇÃO À FORMAÇÃO DE OLIGOPÓLIOS, cujo controle se impõe na forma do item (viii);
- (xi) REMUNERAÇÃO VARIÁVEL CONFORME PARÂMETROS DE QUALIDADE DE ATENDIMENTO E INDICADORES DE OTIMIZAÇÃO DOS RESULTADOS (dentre os quais, por exemplo, cabe citar meta de redução de internações por condições sensíveis à atenção básica de saúde e meta de redução da demanda reprimida);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ao reorientar foco sobre o ônus plurilateral da prova e o dever de integridade, em suma, abre-se caminho para novas possibilidades de atuação preventiva e concomitante no que se refere ao controle da aplicação dos recursos públicos. Testar tais caminhos é – de fato – um horizonte de construção dialogada com todos os atores envolvidos em prol da máxima eficácia dos direitos fundamentais e sua melhor consecução operacional no seio ordinário da própria política pública.

[1] Noticiado em <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2018/09/12/cpi-das-oss-aprova-relatorio-apos-retirar-denuncias-contr-governador-de-sp-e-secretario.ghml>

[2] Como se lê em <https://www.al.sp.gov.br/alesp/cpi/?idLegislatura=18&idComissao=1000000225>

[3] Como se pode ler em <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/entidades-nao-se-sentem-obrigadas-a-prestar-contas-diz-presidente-da-cpi-das-oss/>

[4] Como se pode ler em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2019/01/10/lucrativa-terceirizacao-da-saude-causa-fuga-de-medicos-e-filas-no-sus.htm>

Date Created

22/10/2019