

Artigo

O modelo de remuneração das Organizações Sociais de Saúde (OSS) hospitalares do estado de São Paulo

Maria Luiza Levi¹

Mariana Ribeiro Jansen Ferreira²

Ligia Schiavon Duarte³

¹ Universidade Federal do ABC (UFABC) / Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Santo André – SP, Brasil

² Instituto de Economia da Unicamp / Programa de Pós-graduação em Economia, Campinas – SP, Brasil

³ Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo (IS-SSES/SP) / Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, São Paulo – SP, Brasil

A contratação de provedores privados em sistemas públicos de saúde envolve consideráveis desafios regulatórios, particularmente com relação ao desenho do modelo de pagamento dos serviços. Neste artigo, examina-se a sistemática de remuneração de hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde (OSS) sob contratos de gestão firmados com o governo do estado de São Paulo à luz da literatura que trata do financiamento do cuidado hospitalar em sistemas públicos de saúde. Foram analisados contratos de gestão de hospitais administrados por OSS e realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores e técnicos da Secretaria Estadual da Saúde (SES). Buscou-se compreender a lógica do modelo de remuneração e a base das decisões de repasse de recursos às entidades gerenciadoras. A pesquisa indicou que o arranjo elaborado para a regulação econômico-financeira das OSS apresenta falhas importantes devido à falta de referências consistentes acerca do custo e da complexidade do cuidado prestado pelos hospitais. A ausência de parâmetros resulta em fragilidade dos critérios norteadores das transferências de recursos às OSS, prejudicando a efetividade do monitoramento e do controle da provisão de serviços pela gestão estadual.

Palavras-chave: Organizações Sociais de Saúde; parcerias público-privadas em saúde; regulação em saúde; gestão hospitalar no SUS.

El modelo de remuneración de las organizaciones sociales de salud (OSS) hospitalarias en el estado de São Paulo

La contratación de proveedores privados en los sistemas públicos de salud implica importantes desafíos regulatorios, particularmente en lo que se refiere al diseño del modelo de pago por servicios. Este artículo examina el sistema de remuneración de los hospitales gestionados por organizaciones sociales de salud (OSS) bajo contratos de gestión firmados con el gobierno del estado de São Paulo a la luz de la literatura que aborda el financiamiento de la atención hospitalaria en los sistemas públicos de salud. Se analizaron los contratos de gestión de los hospitales administrados

DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220230406>

ISSN: 1982-3134 

Artigo submetido em 11 de dezembro de 2023 e aceito para publicação em 15 de novembro de 2024.

Editora-chefe:

Alketa Peci (Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro / RJ – Brasil) 

Editora adjunta:

Gabriela Spanghero Lotta (Fundação Getúlio Vargas, São Paulo / SP – Brasil) 

Pareceristas:

Adriano Massuda (Fundação Getúlio Vargas, São Paulo / SP – Brasil)

Três pareceristas não autorizaram a divulgação de suas identidades.

Relatório de revisão por pares:

O relatório de revisão por pares está disponível em <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/93177/87262>

por OSS y se realizaron entrevistas semiestructuradas a gerentes y técnicos de la Secretaría de Salud del Estado (SES). El objetivo fue comprender la lógica del modelo de remuneración y la base de las decisiones de transferencia de recursos a las entidades gestoras. La investigación indica que el esquema diseñado para la regulación económica y financiera de las OSS presenta fallas importantes debido a la falta de referencias consistentes respecto al costo y la complejidad de la atención prestada por los hospitales. La ausencia de parámetros genera debilidades en los criterios que orientan la transferencia de recursos a las OSS, comprometiendo la efectividad del seguimiento y control de la prestación de los servicios por parte de la gestión estatal.

Palabras clave: organizaciones sociales de salud; asociaciones público-privadas en salud; regulación sanitaria; gestión hospitalaria en el Sistema Único de Salud (SUS).

The payment system for social organizations managing state-owned hospitals in São Paulo

Contracting private providers in public health systems poses regulatory challenges, especially regarding the design of the payment model for services. This article examines the payment system for social organizations contracted to run state-owned hospitals (Organizações Sociais de Saúde - OSS) in the Brazilian State of São Paulo. The research is based on the literature on hospital care financing in public health systems and examined contracts between the government and OSS, as well as semi-structured interviews with managers and technicians from the State Health Department. The aim was to understand the rationale of the payment system and the basis for decisions to transfer resources to the OSSs. The research indicates that the arrangement designed for the economic and financial regulation of OSS has significant flaws due to the lack of consistent references regarding the cost and complexity of the care provided by the hospitals. The absence of parameters results in weaknesses in the criteria guiding the transfer of resources to OSS, impairing the effectiveness of monitoring and control of the provision of services by the state.

Keywords: Health Service Social Organization; public-private partnerships in health; health regulation; hospital management in the National Health System (SUS).

1. INTRODUÇÃO

O debate sobre modelos de financiamento do cuidado à saúde ganhou importância nas últimas décadas a partir das reformas de diversos sistemas públicos de saúde, que incorporaram práticas típicas de mercado e intensa participação de agentes privados na provisão de serviços.

No Brasil, esse tema ganhou importância com o surgimento das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na segunda metade dos anos 1990, por meio do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), o qual propôs a transferência de atividades consideradas não exclusivas do Estado para organizações do terceiro setor. Adotado inicialmente no estado de São Paulo para a gestão de hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) via contratos de gestão com entidades privadas, esse modelo disseminou-se nos últimos anos, totalizando mais de mil estabelecimentos de saúde em 25 unidades da federação, segundo levantamento recente (Barcelos et al., 2022).

Neste artigo, analisa-se o modelo de remuneração do custeio dos hospitais administrados por OSS no estado de São Paulo com base na literatura que discute o financiamento do cuidado hospitalar em sistemas públicos de saúde. Seu objetivo é investigar os critérios que embasam a sistemática de pagamento às entidades utilizada pelo governo paulista e discutir o arranjo construído para a regulação econômico-financeira do modelo, considerando as responsabilidades gestoras do estado na condição de contratante de serviços oferecidos pelo SUS.

Embora a experiência paulista com OSS hospitalares tenha sido investigada em vários estudos, a compreensão mais detalhada dos elementos que norteiam a tomada de decisão acerca dos repasses financeiros para o custeio dessas unidades ainda é um tema relativamente pouco explorado. Para analisar essa questão, após essa introdução, o presente estudo conduz uma discussão sobre diferentes modalidades de financiamento do cuidado em hospitais e seus efeitos para a gestão dos sistemas de saúde e apresenta o modelo analítico utilizado na pesquisa. Na sequência, descreve-se a metodologia

do estudo e apresenta-se o modelo de OSS do estado de São Paulo, de acordo com as dimensões do esquema analítico empregado. A seguir, discute-se o funcionamento e o alcance do arranjo regulatório do modelo com base nas questões levantadas pela literatura. As considerações finais encerram o estudo.

2. MODALIDADES DE FINANCIAMENTO DO CUIDADO HOSPITALAR E DESDOBRAMENTOS PARA A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Nas últimas décadas, sob inspiração das teorias da Nova Gestão Pública (NGP), muitos países adotaram reformas voltadas a ampliar a eficiência de seus sistemas de saúde, incorporando mecanismos típicos de mercado ao seu funcionamento. As mudanças envolveram maior autonomia de atuação dos provedores de serviço, criação de ambientes de concorrência e introdução de mecanismos de incentivo e punição vinculados a desempenho.

Essa tendência ocorreu em paralelo ao processo de separação entre as funções de provisão e financiamento nos sistemas de saúde, denominado “purchaser-provider split” (Maarse, 2006). O setor público ficou com a função de financiador do cuidado à saúde e, por consequência, passou a atuar como comprador de serviços. Por seu turno, a provisão do cuidado foi transferida a entidades privadas (com ou sem fins lucrativos) e instituições originalmente estatais que se tornaram autônomas pela aquisição de personalidade jurídica própria (Robinson et al., 2005).

A tendência de separação entre as funções de financiamento/compra e provisão nos sistemas de saúde criou ambientes institucionais permeados por problemas de agência (Khaleghian & Gupta, 2005). A delegação da responsabilidade pela disponibilização da assistência à saúde implica autonomia dos provedores (agentes) no emprego de insumos, equipamentos e recursos humanos. Em contrapartida, o Estado, na condição de principal, não dispõe de informação completa acerca do emprego efetivo de recursos no cuidado oferecido e dos custos de fato incorridos na provisão daquilo que financia. Esse contexto dá margem a comportamentos distorcidos por parte dos provedores, que variam de acordo com a sistemática de remuneração do cuidado e do arranjo de regulação que baliza a relação entre financiamento/compra, de um lado, e provisão de cuidado, de outro (Major, 2019).

No caso específico do cuidado hospitalar, a concepção de um modelo de financiamento é uma tarefa complexa em virtude da grande variedade de ações e serviços envolvidos no tratamento de pacientes, especialmente quando se trata de hospitais gerais. Dada a ausência de especialização nessas unidades, o cuidado provido apresenta complexidade heterogênea, combinando custos fixos elevados e custos variáveis que podem ter grande oscilação em razão do perfil dos pacientes atendidos (Sutherland, 2011).

Os modelos voltados ao financiamento do cuidado hospitalar estruturam-se basicamente em torno de duas lógicas: uma cujo foco da remuneração está no *funcionamento do hospital* e outra centrada nos serviços disponibilizados por essas unidades de saúde, ou seja, o *produto* ou a *atividade hospitalar*.

Quando o enfoque é o funcionamento do hospital, a modalidade mais comum é a orçamentação global, em que o valor repassado a cada unidade é fixado anualmente e definido geralmente com base em séries históricas de gasto. Na literatura sobre o tema, sistemáticas de remuneração com base em orçamentação global são associadas a maior controle da despesa, por estabelecerem um teto de valor e proporcionarem previsibilidade do gasto para o financiador e para o provedor (Forder et al., 2005). Em contrapartida, em seu formato puro, tal modalidade não especifica os tipos de atendimento que o hospital deve oferecer, embutindo um incentivo para que os provedores gerenciem o cuidado

prestado de forma a ampliar suas possibilidades de ganho (ou minimizar suas perdas), com potenciais prejuízos à efetividade da assistência à saúde (Sutherland et al., 2013). Esse gerenciamento pode envolver seleção de pacientes por meio de gestão da fila e/ou provisão de cuidados aquém de suas necessidades de saúde.

No caso dos modelos de remuneração em que a lógica é o financiamento da atividade hospitalar, o valor repassado varia conforme os serviços prestados. Nesses arranjos, o objeto da remuneração são os procedimentos realizados no processo de cuidado, ou o próprio episódio de cuidado ocorrido no hospital, ou seja, o conjunto dos procedimentos a que se submete um paciente durante uma internação – consulta, exames, cirurgia, terapias e medicamentos – Struijs, de Vries, Baan, van Gils e Rosenthal (2020).

Diversos países adotaram uma forma específica de mensuração do produto assistencial hospitalar baseada no sistema de classificação e valoração por Grupos de Diagnósticos Homogêneos, em inglês *Diagnosis Related-groups* (DRG). Essa metodologia foi desenvolvida nos Estados Unidos pela Universidade de Yale e adotada pelo Medicare em 1983 (Milsten & Schreyoegg, 2022).

A ampla disseminação desse modelo assenta-se na sua capacidade de especificação da demanda de serviços por episódio de cuidado. Resumidamente, o modelo DRG consiste em um sistema de classificação ranqueada de casos (ou de pacientes tratados) com base no nível de complexidade. Documento produzido pelo Departamento de Saúde americano (Office of Inspector General, 2001) explica o funcionamento do modelo por meio do exemplo de um paciente com idade acima de 70 anos, portador de diabetes, que sofre uma fratura de fêmur e, durante o tratamento em internação, desenvolve uma pneumonia. A classificação desse episódio é feita por meio de um algoritmo que parte de uma pontuação atribuída ao procedimento principal (tratamento da fratura) e adiciona pontos com base em uma série de características do paciente, condições prévias de saúde e eventuais intercorrências. Um determinado número de pontos é acrescentado à medida que determinada situação é constatada: paciente idoso, condição prévia (diabetes); complicação (pneumonia). Essa pontuação adicional busca refletir a maior complexidade esperada em um tratamento de fratura, considerando a necessidade de mais procedimentos, medicamentos e/ou terapias associada à presença desses elementos. Segundo Sutherland (2011), o sistema DRG logrou resolver o intrincado problema da classificação do produto hospitalar ao promover o agrupamento de *N* possibilidades associadas ao tratamento de pacientes em um conjunto manejável de unidades.

O modelo original, concebido para a remuneração das internações hospitalares no âmbito do Medicare e denominado *Health Care Financing Administration* (HCFA-DRG), desdobrou-se em diferentes versões: o *All Patient DRG* (AP-DRG), voltado para pacientes não integrantes do Medicare; e sua variante aprimorada, o *All Patient Refined DRG* (APR-DRG), que incorporou critérios de severidade da doença e risco de morte (Bredenkamp et al., 2020).

Posteriormente, a sistemática foi incorporada por vários países europeus e asiáticos, como Reino Unido, França, Portugal, Alemanha, Holanda, países nórdicos, Japão, Coreia, China e Federação Russa, entre outros (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico [OECD], 2016). Nesse processo, algumas nações adotaram versões existentes do DRG, enquanto outras desenvolveram suas próprias alternativas, adequando o modelo original aos seus sistemas de saúde pela introdução de outros grupos de diagnósticos em função de tempo de permanência ou do uso de determinadas tecnologias ou tipos de serviços profissionais, por exemplo (Klein et al., 2020).

O Brasil criou uma variante do sistema DRG ainda nos anos 80, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), concebida para embasar os pagamentos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) à rede hospitalar conveniada. A AIH consiste em uma agregação de procedimentos cujo valor é determinado pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Tabela SUS). Atualmente esse sistema baliza uma parcela do financiamento federal da atenção hospitalar no SUS. No entanto, embora a AIH utilize elementos semelhantes aos empregados pelo DRG – tabelas de procedimentos e diagnósticos classificados com base na (CID) –, seu modelo não reflete adequadamente a complexidade dos episódios de cuidado, por não se balizar em agrupamentos predefinidos. Na prática, a AIH é uma valoração *a posteriori* de procedimentos com base na Tabela SUS e não uma classificação de episódios de cuidado definida por determinados critérios, razão pela qual não permite a visualização sintética do *casemix* do hospital.

A literatura identifica efeitos potenciais indesejáveis associados à remuneração por atividade com base no DRG. Em primeiro lugar, tais arranjos tendem a ampliar gastos, uma vez que o pagamento por atividade incentiva o aumento da provisão de cuidado pelo hospital, eventualmente mediante a imposição de tratamentos desnecessários, além de elevar as taxas de reinternação (Lindner & Lorenzoni, 2023). Segundo Brick et al. (2010), os provedores também podem assumir comportamentos perversos, como a prática de altas prematuras, as chamadas *bloody discharges*, buscando ampliar o giro de pacientes por leito. Os autores também mencionam práticas distorcidas como manipulação de informações do registro dos casos (*upcoding*), seleção de pacientes com maior potencial de ganho (*cream-skimming*) e provisão de cuidados a quem dos associados à classificação de complexidade do paciente (efeito *treatment skimping*).

Nesse cenário, o arcabouço regulatório construído em torno da sistemática de remuneração adquire centralidade, pois estabelece as “regras do jogo” entre financiador e provedor e busca minimizar comportamentos distorcidos derivados da assimetria de informação (Khaleghian & Gupta, 2005). Esse aparato envolve um conjunto de expedientes que abrange regras sobre o uso dos recursos, mecanismos contratuais de incentivo e punição e sistemáticas de monitoramento e auditoria do cuidado prestado (Hassenteufel et al., 2008). Do ponto de vista econômico-financeiro, esse sistema define, em última instância, até que ponto o Estado consegue assegurar que os valores pagos sejam razoáveis e em que medida os modelos são financeiramente sustentáveis, ou seja, capazes de assegurar o efetivo acesso à saúde a custos adequados.

No presente estudo, propõe-se um modelo de análise que busca caracterizar a lógica da sistemática de remuneração das OSS do estado de São Paulo e examinar os mecanismos do arranjo regulatório construído para a solução de possíveis comportamentos distorcidos por parte das entidades gerenciadoras de hospitais, dada a assimetria de informação característica da separação entre provisão e financiamento/compra. Para tanto, são analisadas três dimensões do modelo de OSS: (i) o processo de escolha das entidades que gerenciam hospitais e de determinação do valor do contrato de gestão destinado ao seu custeio; (ii) o grau de autonomia das OSS no uso dos recursos repassados; (iii) como o modelo de OSS lida com a variabilidade do produto hospitalar.

Com relação à primeira dimensão, o objetivo é verificar possíveis elementos de competição por preço na seleção da entidade gerenciadora e a determinação do repasse de custeio, o que, em princípio, asseguraria valores economicamente razoáveis ou vantajosos para o governo enquanto contratante. Além disso, busca-se identificar os critérios empregados pela gestão estadual na escolha da proposta vencedora em um contexto de informações insuficientes sobre custos efetivos de provisão do cuidado.

Na segunda dimensão, procura-se observar se o modelo comporta mecanismos de controle dos custos incorridos na prestação dos serviços.

A análise da terceira dimensão tem o objetivo de compreender se o arcabouço regulatório utiliza informações relativas à complexidade do cuidado hospitalar, seja na contratação inicial das OSS, seja no monitoramento dos serviços durante a execução do contrato de gestão. A intenção é investigar se o modelo conta com critérios adequados de diferenciação das unidades hospitalares de acordo com seu perfil assistencial para efeito de sua remuneração.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, realizado por meio de revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas com informantes chave. A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa em 25 de setembro de 2020, sob o parecer 4.299.688 e identificação CAAE 30965720.4.0000.5594.

O ponto de partida da investigação consistiu em um levantamento abrangendo os documentos relativos ao processo seletivo, aos contratos de gestão e aditivos de treze hospitais da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) no período de 2013 a 2018. Essas são as primeiras unidades que passaram a ser geridas como OSS, configurando um grupo em que o modelo se encontra estabilizado. A razão da escolha de 2013 como momento inicial da análise deve-se ao fato de, a partir desse ano, o modelo de contrato de gestão passar a detalhar as metas assistenciais. A análise até 2018 garantiu o acompanhamento durante um período suficientemente extenso para que alterações contratuais pudessem ser identificadas durante todo o período de vigência dos contratos, os quais tinham validade de cinco anos, incluindo renovações ou novas contratações. Os documentos examinados são de acesso público e estão disponíveis no Portal da Transparência (n.d.) vinculado à SES/SP.

O estudo documental permitiu o registro da evolução da quantidade de serviços contratada e seus respectivos valores, além da compreensão a respeito do funcionamento da sistemática de remuneração. A análise conduziu a questionamentos sobre os critérios empregados pelo governo na seleção das entidades gerenciadoras de hospitais e na definição e repactuação dos valores do contrato de gestão. O estudo também indicou a necessidade de compreender a forma de monitoramento de cláusulas contratuais que parametrizavam gastos com pessoal, levando ao questionamento acerca da possibilidade de comparação entre os hospitais.

Esse conjunto de questões orientou a elaboração do roteiro de perguntas semiestruturadas aplicado em entrevistas com quatro informantes que, no momento da realização da pesquisa, respondiam pela gestão e operação do modelo de Organização Social de Saúde na SES/SP (dois gestores, um assessor e um técnico). A investigação foi conduzida entre o final de 2020 e 2022.

Embora o estudo trate de um caso específico, e as conclusões sejam limitadas ao modelo paulista, as questões aqui levantadas são de grande relevância para a problemática de contratação de gestão e provisão privada de serviços hospitalares no âmbito do SUS.

4. MODELO DE OSS DO ESTADO DE SÃO PAULO: CONFIGURAÇÃO E FERRAMENTAS DE GESTÃO¹

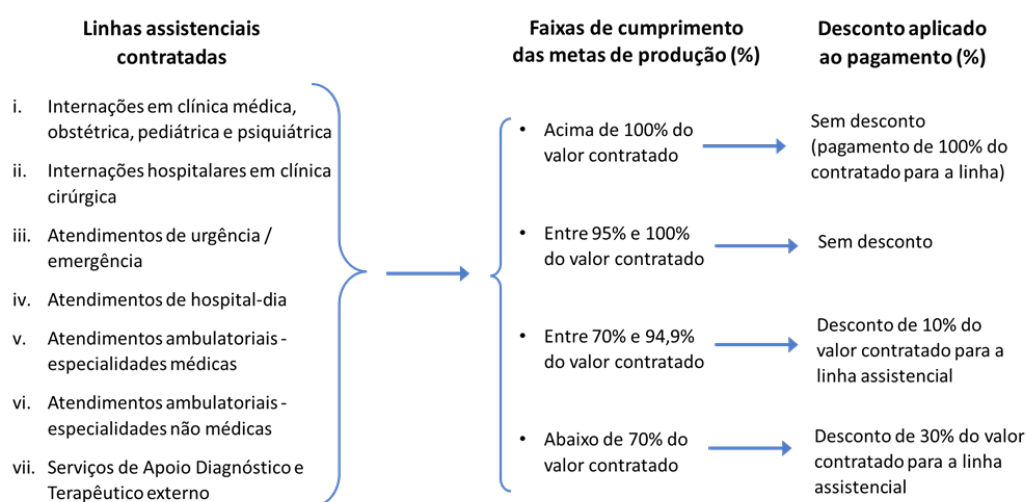
O governo do estado de São Paulo conta com mais de 130 unidades gerenciadas por OSS ou congêneres, segundo informações do sítio da SES/SP coletadas em novembro de 2024, sendo mais de 45 hospitais, em sua maioria, gerais (Portal da Transparência da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, n.d.). De acordo com os informantes da pesquisa, todas as unidades de saúde criadas pelo estado paulista desde a implantação do modelo, em 1998, foram repassadas à administração de entidades privadas sob o modelo de OSS. Dados de execução orçamentária disponibilizados pela Secretaria da Fazenda mostram que, em 2022, foram gastos R\$ 7,1 bilhões (despesa liquidada) com o custeio de unidades de saúde geridas sob esse modelo, a maior parte destinada a estabelecimentos hospitalares. O valor correspondeu a quase um quarto do gasto total da SES/SP no ano.

4.1 Contornos básicos do modelo de OSS e caracterização da sistemática de remuneração

No modelo de OSS, entidades privadas sem fins lucrativos com atuação comprovada de pelo menos cinco anos na gestão de serviços próprios de saúde podem solicitar ao governo estadual sua qualificação como OSS e participar de editais públicos para administrar unidades sob esse formato.

O contrato de gestão firmado com a entidade vencedora é um instrumento padrão, que estabelece o valor mensal de custeio da unidade e metas mensais de prestação de serviços por tipo de atendimento. O instrumento prevê pagamentos variáveis em caso de descumprimento de metas, com descontos que incidem por tipo de atendimento (linha assistencial contratada) e variam de 10% a 30%, conforme ilustrado na Figura 1.

FIGURA 1 SISTEMÁTICA DE PAGAMENTO DE ACORDO COM O GRAU DE CUMPRIMENTO DE METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL



Fonte: Portal da Transparência da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (n.d.).

¹ Os dados citados nessa seção foram extraídos do Portal da Transparência da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (n.d.), exceto quando especificamente indicado.

Também são previstas metas para indicadores de qualidade com acompanhamento trimestral. Seu descumprimento resulta em descontos adicionais de até 10% do repasse mensal global de custeio. Exemplos de indicadores de qualidade fornecidos pelos entrevistados incluem percentual de óbitos maternos notificados, controle de infecção hospitalar, indicadores de qualidade da informação hospitalar e metas de realização de cirurgias específicas.

O contrato de gestão estabelece ainda que o valor de custeio deve ser redefinido anualmente, considerando a disponibilidade orçamentária para o ano seguinte e a eventual variação da demanda de serviços. De acordo com as entrevistas, a distribuição do orçamento destinado ao conjunto dos contratos de gestão é realizada anualmente para o exercício financeiro seguinte. Pode haver acréscimos (ou reduções) no valor de custeio dos hospitais, a depender do montante financeiro global e da quantidade de serviços contratada pela SES/SP em cada uma das unidades.

Com base nesses elementos, é possível afirmar que, embora o arranjo construído pelo governo paulista tenha componentes das duas lógicas discutidas na revisão de literatura, sua racionalidade é a de financiamento por orçamentação global. Ainda que o instrumento indique a produção hospitalar esperada, o que é próprio do pagamento por atividade, segundo os entrevistados, o modelo de OSS baseia-se em uma contratação para a gestão e operação do hospital, e não em uma compra de serviços. O contrato de gestão estabelece a contratação da gestão do funcionamento da unidade e a execução de atividades específicas, com a condição de que o hospital não interrompa os atendimentos ou cobre um repasse adicional caso os quantitativos mensais contratados sejam atingidos antes do final do mês. Também não há aumento das transferências financeiras caso a prestação de atendimentos seja acima da quantidade contratada.

Outro aspecto importante que diferencia o modelo de OSS das contratações por atividade é que o produto hospitalar esperado não é valorado (ou precificado) no instrumento contratual. Existe apenas um percentual atribuído a cada linha assistencial de contratação sobre o total do contrato, o qual, de acordo com as entrevistas, é arbitrado pela SES/SP na elaboração inicial do contrato e tem a função de embasar os descontos dos repasses mensais quando do não cumprimento das metas de produção pactuadas. Assim, embora haja uma quantificação da produção esperada do hospital por meio de metas assistenciais, esta constitui uma referência para descontos e não o balizador de uma contratação vinculada à variação da atividade assistencial.

4.2 Análise do arranjo regulatório do modelo de OSS

A seguir examina-se o desenho do arranjo regulatório das OSS paulistas com base nas três dimensões do modelo de análise proposto.

Seleção das entidades gerenciadoras e determinação do valor contratual

Segundo as entrevistas realizadas, o valor de custeio do hospital no contrato de gestão é definido no processo de seleção da entidade que gerencia o hospital. O montante financeiro que as organizações participantes do edital pleiteiam para o custeio da unidade é o primeiro elemento que a SES/SP leva em conta na escolha da entidade gerenciadora do hospital. Sua avaliação, no entanto, é sempre ponderada por outras questões. Conforme material fornecido pelos entrevistados, a gestão estadual trabalha com um conjunto de critérios para a análise das propostas que inclui, além do valor mais vantajoso, elementos como experiência prévia da entidade com o gerenciamento de unidades análogas

em termos de porte e complexidade, incluindo experiência de implantação de novas unidades; eventuais creditações que a gerenciadora possua certificações por entidades avaliadoras a partir de padrões predefinidos para medir qualidade, transparência e “boas práticas”; evidências de adoção de mecanismos de *compliance* e governança corporativa; qualidade do plano de trabalho proposto pela entidade, que indica em que medida elementos característicos do território e do sistema local de saúde são levados em conta (SES/SP, 2022).

Adicionalmente, propostas de valor muito abaixo do pleiteado por outros competidores ou muito inferiores ao contrato vigente ou, ainda, muito distantes do que foi assinalado pelos entrevistados como “unidades análogas” (uma referência a hospital que ainda não entrou em operação) tendem a ser vistas como potencialmente insustentáveis no médio prazo. De maneira semelhante, foram relatadas situações em que as propostas encontravam-se muito acima desses valores, o que resultou em cancelamento do chamamento público e sua retomada em momento posterior.

Relatou-se ainda que a presença de múltiplos concorrentes nos chamamentos públicos é um fenômeno recente, característico dos últimos dez anos. Embora a entrada de novos participantes seja vista como saudável, por ampliar as possibilidades de escolha do governo estadual em termos de propostas de preço e de plano de gestão das unidades, há um entendimento de que esse é um mercado restrito, isto é, de que o contingente de entidades com efetiva capacidade operacional e de gestão de um hospital com abrangência regional é limitado.

Assim, de acordo com as entrevistas, embora haja uma busca por valores economicamente vantajosos para a administração pública, o balizador central do processo de seleção das entidades e a definição dos recursos de custeio do contrato de gestão são os valores já praticados na unidade objeto do edital ou em unidades de porte e perfil considerados semelhantes.

Adicionalmente, conforme mencionado, o próprio contrato de gestão estabelece uma revisão anual de valor baseada em novas metas assistenciais. Assim, uma vez definido o montante inicial do contrato, a dinâmica subsequente de estabelecimento dos valores leva em conta o orçamento disponível para a assistência hospitalar como um todo e as metas específicas de serviços acordadas para cada hospital, com acréscimos (ou reduções) aplicados na margem do valor histórico fixado.

Parâmetros de despesas e monitoramento de gastos

As entrevistas revelaram que o modelo de OSS incorpora alguns balizadores que têm a função de condicionar determinadas despesas realizadas pelas entidades gerenciadoras.

Um primeiro conjunto de instrumentos estabelece parâmetros *a priori* com relação a gastos de pessoal. Conforme consta do contrato de gestão, o dispêndio total das OSS com salários de funcionários e dirigentes é limitado a 70% do valor de custeio. O contrato de gestão também estabelece que tais remunerações precisam ser compatíveis com níveis praticados em unidades de porte e complexidade semelhantes aos da rede privada de saúde. A referência, nesse caso, são os indicadores divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado. Na visão dos entrevistados, essas normas constituem parâmetros centrais, pois dão fundamento ao valor de custeio dos hospitais, dado o peso da despesa de pessoal no gasto total.

O segundo conjunto de instrumentos compreende ações de monitoramento conduzidas pela SES/SP em duas frentes. Primeiro, a equipe da secretaria faz um acompanhamento dos preços dos itens de material médico e medicamentos adquiridos pelas entidades gerenciadoras para a operação dos hospitais, comparando tais dados com os valores obtidos em licitações de itens semelhantes realizadas pelo governo estadual.

A segunda frente baseia-se na obrigatoriedade de as OSS manterem sistemas de apuração de custos, com informações que devem ser encaminhadas periodicamente à secretaria.

Os entrevistados, entretanto, apontaram limitações com relação à efetividade do acompanhamento desses elementos devido à dificuldade de utilização das informações “sob um enfoque gerencial”. Sua percepção é de que o volume e a multiplicidade de dados coletados e, principalmente, a ausência de modelos referenciais que possam orientar comparações em um universo complexo dificultam o estabelecimento de um monitoramento sistemático. Sob essa perspectiva, tais expedientes permitiriam a identificação de eventuais pontos fora da curva e cumpririam a função de sinalizar às entidades gestoras que os gastos são acompanhados pela secretaria, mas seriam pouco efetivos como rotina de acompanhamento econômico-financeiro voltado a controles de custos.

Especificação e monitoramento da complexidade da assistência hospitalar

No que diz respeito aos mecanismos de diferenciação de complexidade, o Quadro 1 evidencia o nível de detalhamento da assistência hospitalar contratada e sua variação de acordo com a linha assistencial, demonstrando sua variação de acordo com a linha assistencial

QUADRO 1 DETALHAMENTO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR ESPERADA POR LINHA ASSISTENCIAL NO CONTRATO DE GESTÃO DE HOSPITAIS ADMINISTRADOS POR OSS

Tipo de atendimento	Quantificação	Detalhamento
Atendimentos ambulatoriais		
Especialidades médicas	Nº total de primeiras consultas, de interconsultas e de consultas subsequentes, mensalmente, no período de um ano	Especificação do rol de especialidades médicas, p. ex.: alergia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia cardiovascular, nefrologia, endocrinologia
Especialidades não médicas	Nº total de interconsultas e de sessões de procedimentos, mensalmente, no período de um ano	Especificação do rol de especialidades não médicas, p. ex.: fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, odontologia
Internações		
Internações em clínica médica	Nº de internações em clínica médica, mensalmente, no período de um ano	
Internações em obstetrícia	Nº de internações em obstetrícia, mensalmente, no período de um ano	
Internações em pediatria	Nº de internações em pediatria, mensalmente, no período de um ano	
Internações em psiquiatria	Nº de internações em psiquiatria, mensalmente, no período de um ano	
Internações cirúrgicas	Nº de internações em cirurgias (urgência e eletivas), mensalmente, no período de um ano	
Assistência em Hospital-dia	Nº de cirurgias em HD, mensalmente, no período de um ano	
Atendimentos a urgências/emergências	Nº total de consultas de urgência/emergência, mensalmente, no período de um ano	
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico externo	Nº de exames mês a mês no ano, discriminadas por tipo, incluindo: nº de exames diagnósticos de laboratório clínico, de anatomia patológica e citopatológica, de radiologia, de ultrassonografia, de tomografia computadorizada, de medicina nuclear in vivo, de endoscopia, de radiologia intervencionista, de métodos de diagnose em especialidades e de procedimentos especiais de hemoterapia	

Fonte: portal da transparência da secretaria estadual da saúde de são paulo (n.d).

Observa-se que o detalhamento da assistência contratada é maior nas linhas assistenciais de consultas e de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Ressalte-se que, somente com relação a esses últimos, há uma quantificação do volume esperado por tipo de exame, mensalmente.

Na descrição das internações, são discriminados apenas os quantitativos relativos aos grandes grupos, ou seja, não há diferenciação entre tipos de internações no interior do grupo de internações clínicas ou obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e cirúrgicas. Esse apontamento é relevante, uma vez que trata-se de atendimentos cujo consumo potencial de recursos pode variar consideravelmente, além do fato de que o peso das internações no conjunto de serviços prestados em unidades hospitalares costuma ser significativo. Efetivamente, o levantamento dos contratos de gestão vigentes em julho de 2023 para a administração de hospitais gerais, disponíveis no Portal da Transparência da Secretaria da Saúde (n.d), revelou que, em apenas quatro unidades de 38 hospitais analisados, o percentual correspondente às internações era inferior a 60%. Nas outras 34 unidades, as internações respondiam por percentuais entre 63% e 85% do valor global dos contratos.

Os entrevistados relataram que a gestão estadual vem procurando desenvolver mecanismos para lidar com a lacuna do modelo relacionada à diferenciação do produto hospitalar. A primeira medida consistiu em separar as internações cirúrgicas das demais, para efeito da avaliação semestral da produção hospitalar contratada. Essa ação deve-se ao entendimento de que estabelecer a meta conjuntamente para todos os tipos de internação possibilitava o seu cumprimento com internações de custo efetivo menor. O exame dos contratos de gestão disponíveis no sítio da SES/SP indica que esse expediente passou a ser usado nos contratos vigentes a partir de 2013.

A segunda medida consistiu na inclusão de metas quantitativas de cirurgias específicas entre os indicadores de qualidade do contrato de gestão. Ainda que essas metas não cubram o conjunto das internações, nem mesmo as cirúrgicas, esse expediente é visto como um elemento importante, uma vez que pauta a assistência hospitalar em demandas específicas da região de atuação dos hospitais geridos por OSS.

Finalmente, uma frente de atuação mais recente da secretaria tem se voltado para o monitoramento da complexidade das internações, utilizando a análise dos registros dos atendimentos nos sistemas do SUS por meio da AIH. De acordo com os entrevistados, a observação dos procedimentos registrados na AIH permite à gestão estadual identificar indícios do perfil de complexidade dos atendimentos, sinalizando situações potencialmente inadequadas. Embora a complexidade das internações não seja um elemento explicitado no contrato de gestão, as entrevistas demonstram que esse tipo de análise embasa posicionamentos da SES/SP nas reuniões em que são discutidos o cumprimento de metas e o valor dos contratos de gestão.

Diante do questionamento acerca da possibilidade de adoção do sistema DRG na classificação de episódios por complexidade, as entrevistas revelaram não somente que esse modelo é conhecido pela equipe, ainda que com diferentes graus de aprofundamento, como também que há um consenso de que sua adoção seria o caminho ideal para lidar com o problema da variabilidade do produto hospitalar. As falas não indicaram de forma precisa as razões pelas quais o DRG não foi adotado pelo governo estadual. Apenas apontaram que se trata de um passo considerável, que demandaria uma revisão significativa do arranjo atualmente existente.

5. DISCUSSÃO

O propósito dessa seção é refletir sobre o funcionamento da regulação econômico-financeira do modelo de OSS, baseando-se na discussão do esquema de análise feita na seção anterior.

Com relação ao processo de definição do valor inicial do contrato de gestão, em que também se escolhe a entidade gerenciadora do hospital, a análise documental e as entrevistas apontaram que, embora o processo seletivo apresente elementos de competição por preço, o papel da concorrência é limitado. Isso se explica pela ausência de um número expressivo de participantes nos processos seletivos, ou por um entendimento da própria gestão estadual de que não seria adequado considerar exclusivamente a proposta mais vantajosa em termos de custo na convocação pública.

Efetivamente, tal postura parece justificável, considerando que a aceitação de um contrato desequilibrado em termos de valores e quantidades pode obrigar a revisões em um momento seguinte, prejudicando a própria continuidade da provisão de serviços. No entanto, do ponto de vista econômico-financeiro, isso reforça a necessidade de outros expedientes que possam fundamentar a remuneração do custeio dos hospitais, já que não se pode afirmar que o valor do contrato de gestão resulta de um processo de concorrência típico de mercado.

Cabe ainda destacar que os entrevistados mencionaram adotar como parâmetro os valores praticados por unidades de porte e perfil semelhantes, indicando que a SES/SP faz análises comparativas envolvendo os contratos de gestão existentes. Assim, uma questão importante para a presente discussão é identificar se há elementos no modelo que garantem condições de comparabilidade das unidades hospitalares. Esse ponto será retomado adiante.

Com relação aos balizadores de gastos das unidades geridas por OSS, a limitação das despesas de pessoal a 70% do total e a determinação de que os salários pagos sejam compatíveis com os valores praticados no mercado teriam, em princípio, potencial de controlar uma parcela importante dos dispêndios. Porém, aqui cabem algumas considerações. Em primeiro lugar, uma parcela das OSS é gerida por organizações que possuem o certificado de entidade beneficente de assistência social (certificado de filantropia). Essa condição isenta as entidades do pagamento de contribuições sociais incidentes sobre os salários de seus empregados (INSS patronal e PIS/COFINS), aspecto que afeta o valor da folha de pagamento e interfere de maneira significativa no peso da despesa de pessoal no total de gastos do hospital. Assim, o teto contratual de 70% de gastos com pessoal tem um efeito significativamente menor sobre as entidades certificadas em relação às não certificadas.

Um segundo ponto a ser levado em conta diz respeito à postura das entidades gerenciadoras ante a terceirização de profissionais de saúde nos hospitais, especialmente médicos. Estudos mostram que a contratação de médicos e outros profissionais na modalidade de prestação de serviços – por empresas terceirizadas, contratos com outras empresas ou como pessoa jurídica (“PJ”) – é cada vez mais comum (Scheffer et al., 2020), pois os custos para o empregador são bem menores. O modelo de OSS não regula essa prática, ou seja, as entidades gerenciadoras têm autonomia para definir suas formas de contratação de pessoal. Como resultado, a parcela dos gastos com recursos humanos feitas por meio de contratação de empresas não é incluída nos balizadores, uma vez que não ocorre sob a forma de salários, mas como contratação de serviços.

Essas questões complexificam significativamente o universo da despesa de pessoal. Na prática, a incidência de regras sobre esses gastos depende do contexto institucional e da política de recursos humanos de cada entidade. Isso não apenas limita o efeito das regras sobre o que é aceitável em termos

de gastos com pessoal, mas também dificulta a comparação entre os diferentes hospitais, já que a importância desse tipo de gasto em uma estrutura hospitalar tende a inviabilizar a identificação de perfis de gestão mais ou menos eficientes.

O monitoramento dos gastos com medicamentos e material médico, assim como o acompanhamento de custos foram mencionados pelos entrevistados como mecanismos que não permitem o exercício de controles sistemáticos, apenas a identificação eventual de situações discrepantes.

Em suma, os mecanismos de balizamento e monitoramento dos gastos no modelo de OSS têm alcance limitado e parecem insuficientes para promover a convergência de componentes importantes dos custos hospitalares a margens aceitáveis.

Com respeito à especificação da complexidade da assistência hospitalar no modelo de OSS, a análise documental e as entrevistas revelam que há pouco detalhamento sobre o que se espera dos atendimentos no componente de maior peso da assistência, as internações. A discussão apresentada na segunda seção evidenciou que esse é justamente o maior problema dos modelos de remuneração, a variabilidade do produto hospitalar. Isso se verifica particularmente em hospitais gerais, nos quais as internações motivadas por um mesmo diagnóstico podem resultar em custos muito diferentes.

As entrevistas indicaram que a equipe da SES/SP tem buscado lidar com o problema e que os expedientes relatados poderiam reduzir a assimetria de informação e limitar, em alguma extensão, a margem de escolha das OSS em relação a internações de menor custo. Contudo, do ponto de vista da regulação do modelo, tais mecanismos apresentam limitações relevantes. A importância da inclusão de metas para cirurgias específicas está em assegurar a prestação de cuidado em áreas estratégicas. Seu efeito econômico, entretanto, é pontual, e tende a ser pouco expressivo. Já a tentativa de medir a complexidade da produção hospitalar com base nas referências de valor da AIH enfrenta um problema estrutural, uma vez que a sistemática de precificação da Tabela SUS, que determina o valor das internações medidas pela AIH, não segue critérios objetivos de complexidade e custos relativos, o que provoca defasagens significativas não apenas em termos inflacionários, mas especialmente discrepância entre diferentes procedimentos (Clark et al., 2022).

Esses apontamentos sugerem que o arcabouço regulatório do modelo paulista de OSS apresenta lacunas significativas em sua capacidade de mitigar efeitos distorcidos decorrentes da incompletude da informação que caracteriza a relação entre a gestão estadual e as entidades gerenciadoras de hospitais. A ação regulatória exercida pela SES/SP combina controle de meios (regras relativas a gastos, monitoramento de custos) e fins (monitoramento da complexidade do cuidado). Ambos apresentam brechas que permitem a seleção de nichos de atuação de menor custo pelas gerenciadoras hospitalares. O arranjo dá margem a distorções típicas de problemas de agência, já que os responsáveis pela provisão de serviços podem cumprir metas concentrando-se em atendimentos mais vantajosos do ponto de vista financeiro. Isso pode resultar em prejuízos em termos de acesso e tipo de cuidado provido aos pacientes do SUS.

Também ficou evidenciado que a comparação entre as unidades geridas por OSS, reportada pela equipe da SES/SP como elemento importante na tomada de decisão acerca dos valores do contrato de gestão, carece de referenciais que permitam a visualização dos diferentes perfis assistenciais dos hospitais. Efetivamente, na ausência de uma sistemática voltada ao ranqueamento de complexidade, a ideia de que é possível analisar valores de custeio hospitalar considerando unidades de porte e perfil semelhantes mostra-se inconsistente. Por seu turno, a ausência de condições de comparabilidade indica

que o processo de repactuação anual dos valores dos contratos de gestão e a alocação de recursos entre as várias unidades hospitalares carecem de fundamentação econômico-financeira.

Esses achados dialogam com outras pesquisas que analisaram o modelo paulista sob diferentes enfoques. Estudos voltados à análise da sistemática de remuneração das OSS pelo governo estadual também apontaram questões problemáticas. Em trabalho baseado em análise documental, Pahim (2009) indicou a existência de deficiências regulatórias baseado na análise dos repasses de custeio de um conjunto de hospitais gerais *vis-à-vis* o valor médio das suas AIH. Pinto e Amaral (2018, p. 152), em artigo que sistematiza questionamentos no âmbito do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo (MPC-SP) acerca das OSS paulistas (estaduais e municipais), ressaltaram a falta generalizada de elementos indicativos da “vantajosidade” e da “economicidade” da contratação de entidades privadas para a administração de equipamentos públicos de saúde. Os autores também questionaram a regra de remuneração do contrato de gestão vigente no estado de São Paulo e em algumas prefeituras que seguem sistemática semelhante, a qual, ao estabelecer pagamentos por faixas de quantitativos de serviços, admite, na prática, a remuneração das gerenciadoras sem a necessária contraprestação de cuidado, o que configura pagamento por estimativa, com tolerância para com serviços não oferecidos.

Há, entretanto, alguns estudos que apontam a superioridade do modelo de OSS em indicadores de desempenho, como tempo médio de permanência, volume de altas por leito, taxa de cesáreas e infecção hospitalar (Costa & Ribeiro, 2005; Rodrigues et al., 2014). Os autores identificam que a melhor *performance* dos hospitais geridos por OSS deve-se ao fato de o modelo combinar autonomia de gestão com redução de controle processual – típico da administração direta –, apresentando “vantagens de governança” na gestão de recursos humanos (seleção, remuneração e dispensa de funcionários), financeiros (liberdade para a administração do orçamento) e na aquisição de insumos, bens e serviços.

Esses apontamentos com relação a autonomia e flexibilidade de gestão do modelo de OSS reforçam a necessidade de um sistema consistente de referências que norteie a alocação de recursos para o financiamento do cuidado hospitalar, justamente para permitir que as vantagens potenciais do arranjo sejam apropriadas em favor do interesse público. Embora as gerenciadoras caracterizem-se como entidades sem fins lucrativos, em estudo sobre a presença privada na gestão do sistema municipal de saúde de São Paulo, Contreiras e Matta (2015) apontaram que, dentre vinte OSS analisadas, cinco pertenciam aos dez maiores grupos de serviços de saúde do país. Trata-se de um indicador que reforça a necessidade de considerar as gerenciadoras de OSS como entidades com interesses próprios, administradas com objetivos de expansão e geração de excedente, ainda que não apropriável como lucro.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os princípios da NGP inspiraram a criação das OSS como um arranjo que combina flexibilidade operacional e administrativa com controle de metas. Este estudo mostrou que o modelo efetivamente implementado no estado de São Paulo para a gestão de hospitais gerais por meio de OSS tem fragilidades significativas em relação à sistemática de remuneração das entidades gerenciadoras. Essas fragilidades decorrem da ausência de referências de custo e complexidade do cuidado hospitalar, o que limita a especificação da demanda por serviços e compromete o desempenho adequado da gestão estadual na função de compradora de serviços. Ademais, impedem avaliações objetivas

sobre a consistência dos valores transferidos às OSS, dada a ausência de critérios que informem se a distribuição de recursos financeiros entre os hospitais é compatível com o cuidado prestado por cada unidade. Os mecanismos de diferenciação da complexidade dos tratamentos contratados também são frágeis, e reforçam as limitações do modelo em adequar os recursos à prestação dos serviços hospitalares.

Este estudo indica que a gestão estadual do SUS pode ter ganhos substantivos em termos de capacidade regulatória do modelo de OSS com a adoção de um sistema de classificação baseado na lógica DRG. A utilização específica do DRG envolve uma gama de possibilidades, mas seguramente o monitoramento da assistência hospitalar passaria a contar com referências mais consistentes.

A esse respeito, vale destacar que estudos anteriores (Zanetta, 2003, Noronha et al., 2004) apontaram que as informações de envio obrigatório encaminhadas ao Ministério da Saúde para o registro da produção de internações hospitalares por meio das AIH são suficientes para produzir agrupamentos de episódios de cuidado nos moldes do modelo DRG. Isso assinala que parte importante do custo institucional associado à sua implantação já estaria absorvida. Adicionalmente, uma eventual adoção do DRG pelo governo paulista traria ganhos substantivos se ocorresse de forma articulada com o governo federal, uma vez que a ausência de parâmetros para a valoração da produção hospitalar é uma questão problemática para o conjunto do SUS. Mesmo o segmento de planos de saúde poderia se beneficiar com a adoção do modelo DRG pelo SUS, já que passaria a contar com uma base de comparação para o financiamento do cuidado hospitalar.

Contudo, essas observações não devem ocultar o fato de que a adoção do DRG envolve desafios consideráveis, relacionados não apenas à construção dos grupos de diagnósticos, mas, principalmente, à valoração monetária de tais grupos. Esse último ponto é particularmente complexo, pois os valores dos procedimentos da Tabela SUS não poderiam servir de referência para a valoração dos grupos diagnósticos, uma vez que não se baseiam no custo desses serviços. Seria necessário, portanto, precificar os procedimentos para viabilizar a produção de DRGs valorados conforme a complexidade, o que exigiria um grande esforço institucional de padronização de insumos e serviços e identificação de custos, além de sua atualização periódica. Alguns sistemas de saúde lidam com essa questão utilizando bases prontas de DRG (Geissler et al., 2011), o que simplifica significativamente o processo. Essa prática, no entanto, torna o DRG dependente de um padrão tecnológico e de custos relativos provenientes de outros sistemas de saúde, o que tende a gerar grandes distorções e pode comprometer a credibilidade e a aceitação do modelo.

Por fim, também é importante mencionar que a migração para um modelo que utilize o DRG exigiria um novo desenho de contratação e de monitoramento dos hospitais geridos por OSS, bem como a adoção de uma sistemática de atualização das referências de valor, devido à dinâmica da incorporação de tecnologia e seus respectivos impactos sobre processos assistenciais e custos dos atendimentos. Vale ressaltar que essa complexidade não decorre da classificação por DRG em si, mas essencialmente do desafio de regular adequadamente a provisão privada do cuidado hospitalar em um sistema público de saúde, precisamente o objetivo do modelo de OSS.

REFERÊNCIAS

- Barcelos, C. O. G., Andrade, M. V., Botega, L. A., & Malik, A. M. (2022). Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 14(1) (Supl.1), 77-85. Recuperado de https://easp.fgv.br/sites/easp.fgv.br/files/pesquisa-easp-files/arquivos/barcelos_jbes-especialportugues-15-30.pdf
- Bredenkamp, C., Bales, S., & Kahur, K. (Eds.) (2020). Transition to Diagnosis-Related Group (DRG) Payments for Health: lessons from case studies. *International Development in Focus*. World Bank. Recuperado de <https://documents1.worldbank.org/curated/ar/895741576646353914/pdf/Transition-to-Diagnosis-Related-Group-Payments-for-Health-Lessons-from-Case-Studies.pdf>
- Brick, A., Nolan, A., O'Reilly, J., & Smith, S. (2010). *Evidence for the expert group on resource allocation and financing in the health sector, 1*. The Economic and Social Research Institute.
- Clark, G., De Lelis, D. A. S., & Machado, D. S. (2022, setembro-dezembro). Tabela de procedimentos do SUS à luz da ordem econômica: a ausência de correção inflacionária da remuneração das Santas Casas no âmbito da saúde pública. *Revista Estudos Institucionais*, 8(3), 481-506.
- Contreiras, H., & Matta, G. C. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(2), 285-297. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>
- Costa, N., & Ribeiro, J. M. (2005). *Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social*. In: Programa de Pesquisas Hospitalares: em Busca de Excelência: fortalecendo o desempenho hospitalar em Brasil. Ministério da Saúde, Banco Mundial, Fundação Oswaldo Cruz.
- Forder, J., Robinson, R., & Hardy, B. (2005). Theories of purchasing. In: J. Figueras, R. Robinson, & E. Jakubowski (Eds.), *Purchasing to improve health systems performance* (Cap. 4, pp. 83-101). Open University Press.
- Geissler, A., Quentin, W., Scheller-Kreinsen, D., & Busse, R. (2011). Introduction to DRGs in Europe: common objectives across different hospital systems. In: R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (Cap. 2, pp. 9-22). Open University Press.
- Hassenteufel, P., Genyeis, W., & Smyrl, M. (2008). Reforming european health care states: programmatic actors and policy change. *Pôle Sud*, 1(28), 87-107. <https://doi.org/10.3917/psud.028.0087>
- Khaleghian, P., & das Gupta, M. (2005). Public management and the essential public health functions. *World Development*, 33(7), 1083-1099. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2005.04.001>
- Klein, A., Mathauer, I., Stenberg, K., & Habicht, T. (Eds.). (2020). Diagnosis-related groups: a question and answer guide on case-based classification and payment systems. *Health Financing Guidance*, 10. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333717/9789240006713-eng.pdf>
- Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: start small, prove value, and scale up [OECD Health Working Papers n. 154]. Recuperado de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/627fe490-en.pdf?expires=1719492459&id=id&accname=guest&checksum=4AEF66147619A9DEC85C40CB65E87EA2>
- Maarse, H. (2006). The privatization of healthcare in Europe: an eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policies and Law*, 31(5), 981-1014. <https://doi.org/10.1215/03616878-2006-014>
- Major, I. (2019). Two-Sided Information Asymmetry in the Healthcare Industry. *International Advances in Economic Research*, 25, 177-193. <https://doi.org/10.1007/s11294-019-09732-9>
- Milsten, R., & Schreyoegg, J. (2022, setembro). Activity-based funding based on diagnosis-related groups, the end of an era? A review of payment reforms in the inpatient sector in ten high-income countries [HCHE Research Paper n. 28].
- Noronha, M. F., Portela, M. C., & Lebrão, M. L. (2004). Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 242-255. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csp/a/SwZqXfRYj6GZPzVYdz3wWtt/?format=pdf&lang=pt>

Office of the Inspector General. (2001). Medicare hospital prospective payment system: how DRG rates are calculated and updated. Centers for Medicare & Medicaid Services, Central Office (White paper). Recuperado de <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-09-00-00200.pdf>

Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. (2016). Better Ways to Pay for Health Care. *Health Policy Studies*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>

Pahim, M. L. L. (2009). *Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde* (Tese de Doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Pinto, E. G., & Amaral, D. J. (2018). Controle de custos e resultados nos contratos de gestão da saúde: alguns apontamentos sobre prestações de contas. In: F. Sodré, E. C. A. Bussinguer, & L. Bahia (Orgs.), *Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde*. Hucitec.

Portal da Transparência da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. (n.d.). Recuperado de <http://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>

Robinson, R., Jakubowski, E., & Figueras, J. (2005). Theories of purchasing. In: J. Figueras, R. Robinson, & E. Jakubowski (Eds.), *Purchasing to improve health systems performance* (Cap. 2, pp. 11-43). Open University Press.

Rodrigues, R. C., Bittar, O. J. N. V., Magalhães, A., & Mendes, J. D. V. (2014, outubro-dezembro). Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais. *Revista de Administração em Saúde* 16(65), 112-122.

Scheffer, M. C., Guerra, A., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Brandão, A. P. D., Miotto, B. A., Almeida, C. J., Gomes, J. O., & Miotto, R. A. (2020). *Demografia médica no Brasil 2020*. FMUSP; CFM.

Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. (2022). *Crêterios de avaliação* (Manuscrito não publicado). [s.l.]: [s.n.].

Sutherland, J. M. (2011). Hospital payment mechanisms: an overview and options for Canada. *CHSRF Series on cost drivers and health systems efficiency*, 4. Center for Health Services and Policy Research. Recuperado de <https://healthcarefunding2.sites.olt.ubc.ca/files/2011/12/Mar11-Hospital-Payment-Mechanisms.pdf>

Sutherland, J. M., Crump, R. T., Repin, N., & Hellsten, E. (2013, abril). Paying for Hospital Services: a hard Look at the Options [Commentary n. 378]. C.D. Howe Institute.

Zanetta, S. F. R. (2003) *Morbidade no Hospital das Clínicas: identificação de perfis e desenvolvimento de instrumento de monitoramento* (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Maria Luiza Levi

Doutora em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); Professora adjunta na Universidade Federal do ABC (UFABC).

E-mail: levi.maria@ufabc.edu.br

Mariana Ribeiro Jansen Ferreira

Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); Professora no Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). E-mail: mariana.jansen@gmail.com

Ligia Schiavon Duarte

Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSPUSP); Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo (IS/SES-SP).

E-mail: ligiaduarte@isaude.sp.gov.br

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Maria Luiza Levi: Conceituação (Igual); Curadoria de dados (Igual); Análise de dados (Igual); Administração do projeto (Liderança); Supervisão (Liderança); Validação (Igual); Visualização (Igual); Escrita – rascunho original (Liderança); Escrita – revisão e edição (Liderança).

Mariana Ribeiro Jansen Ferreira: Conceituação (Igual); Curadoria de dados (Igual); Análise de dados (Igual); Administração do projeto (Suporte); Supervisão (Suporte); Validação (Igual); Visualização (Igual); Escrita – rascunho original (Suporte); Escrita – revisão e edição (Suporte).

Ligia Schiavon Duarte: Conceituação (Igual); Curadoria de dados (Igual); Análise de dados (Igual); Administração do projeto (Suporte); Supervisão (Suporte); Validação (Igual); Visualização (Igual); Escrita – rascunho original (Suporte); Escrita – revisão e edição (Suporte).

DISPONIBILIDADE DE DADOS

O conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo não está disponível publicamente.