



Textos para Discussão

CONTRATUALIZAÇÃO E REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

Situação Atual e Perspectivas



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde
Marcelo Queiroga

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade das autoras, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da “Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030”/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237c Santos, Maria Angélica dos

Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectivas / Maria Angélica Borges dos Santos, Luciana Mendes Santos Servo. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

35 p. – (Textos para Discussão; n. 66)

Bibliografia: p. 28-31.

I. Contratação. 2. Remuneração. 3. Serviços de Saúde. 4. SUS. I. Santos, Maria Angélica dos. II. Servo, Luciana Mendes dos Santos. III. Fundação Oswaldo Cruz. IV. Título. V. Saúde Amanhã.

CDU:331.27+331.108.3:614.2

Textos para Discussão
Nº 66

CONTRATUALIZAÇÃO E REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

Situação Atual e Perspectivas

Maria Angelica Borges dos Santos
Luciana Mendes Santos Servo

Este documento serve como pano de fundo para os temas específicos que foram tratados durante o Seminário “O Brasil depois da pandemia: Relações Federativas, Contratualização de Serviços e Redes de Cuidados em Saúde”, realizado em 28 de junho de 2021, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, Junho 2021

AUTORAS

Maria Angelica Borges dos Santos

Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1982), doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (2012) Atualmente é docente colaboradora do Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Luciana Mendes Santos Servo

Graduação em Economia pela Universidade de Brasília (1993), doutorado em Economia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2020). Atualmente é técnica de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

SUMÁRIO

Introdução	7
○ Que (Não) Sabemos Sobre os Modelos de Contratualização e Remuneração de Serviços de Saúde no SUS	9
A Grade Institucional da Função de Provisão de Serviços no SUS	12
Recursos Públicos Alocados para OSS: Aproximações	15
Os Desafios para as Estruturas de Regulação, Avaliação e Controle (internos e externos)	20
Outras Modalidades de Gestão	22
Considerações Finais	26
Referências Bibliográficas	28

CONTRATUALIZAÇÃO E REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

Situação Atual e Perspectivas

1. INTRODUÇÃO

Os regimes de contratualização e remuneração de serviços são operações-chave na sustentabilidade dos sistemas de saúde dos países. Na descrição das operações envolvidas no financiamento de um sistema de saúde, é preciso assegurar sustentabilidade das receitas e equilíbrio entre os polos das receitas e das despesas (Mcintyre & Kutzin, 2011).

O polo das receitas compreende operações de financiamento que visam: garantir receitas suficientes e sustentáveis coletadas de forma eficiente e equitativa; e gerenciar essas receitas em fundos compartilhados (*pooling*), a fim de equalizar riscos de forma justa e eficiente (Mcintyre & Kutzin, 2011). O Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de uma estrutura de financiamento baseada em tributos, que consolida os recursos em um único *pool*, cuja baixa fragmentação é atualmente reputada como a ideal para atingir os intentos de se alcançar cobertura universal de saúde (Mathauer et al., 2020). Todavia, enfrenta problemas de subfinanciamento que impõem restrições para garantia dessa cobertura universal com integralidade da atenção (Pinheiro, 2007). No polo das despesas, os modelos de remuneração e o desempenho dos prestadores de serviços, juntamente com a cobertura populacional e as políticas que buscam definir os serviços oferecidos, são os componentes relevantes para a definição da sustentabilidade e de um desempenho satisfatório do sistema de saúde.

A provisão ou aquisição de serviços em um sistema público de saúde como o SUS integra o polo das despesas. A configuração da base dos prestadores de serviços de saúde de um país é fundamental para viabilizar esse intento (Santos & Servo, 2016). Quatro níveis de estruturação conformam essa base: a natureza jurídica dos prestadores, a gestão desses prestadores, o nível de concorrência do mercado de prestadores e os modelos de remuneração. A natureza jurídica dos prestadores refere-se a duas grandes categorias: público ou privada, que podem se desdobrar em subcategorias, tais como administração pública, instituições filantrópicas, instituições com fins de lucro. A gestão de unidades pode ser feita por órgãos governamentais ou por instituições privadas. No que tange à concorrência, quanto maior a oferta de prestadores, maiores as possibilidades de negociação em torno dos objetivos do demandante, e quanto mais concentrado em poucos prestadores, maior o poder do prestador de determinar o que será ofertado.

Os modelos de remuneração e respectivos incentivos embutidos são, segundo as principais correntes da literatura de gestão contemporânea, fatores determinantes do comportamento e do desempenho dos prestadores de serviços (Adams & Hicks, 2000). Ainda que sejam citados incentivos não financeiros, os incentivos financeiros sempre tiveram um espaço bem maior na discussão (Fainman & Kucukyazici, 2020). Distintos sistemas de pagamento podem ter externa-

lidades positivas capazes de estimular prestadores a proverem de forma custo-efetiva os cuidados mais indicados aos vários pacientes atendidos no sistema de saúde, mas também de provocar efeitos negativos de sobreprodução e uso não racional (Yuan et al., 2017).

A delegação da prestação de serviços tradicionalmente desenvolvida pelo setor público ao setor privado foi uma prática que ganhou força com o *New Public Management* (NPM) (Hood, 1991). Pode ser interpretada como um processo de adoção, pela administração pública, de desenhos e modelos de gestão inicialmente implantados no setor privado (Preker, 2005). O NPM preconizava a contratualização estatal com organizações públicas (*contracting in*) como uma estratégia para fortalecer a gestão. Posteriormente, passou a preconizar a contratação de prestadores privados pelo Estado em competição com prestadores públicos (*contracting out*) (Ferlie et al., 1996) e, mais recentemente, a preferência explícita pela contratação de prestadores privados e parcerias com empresas (Bovaird, 2004). Segundo o NPM, contratar prestadores privados permite ao governo beneficiar-se da *expertise* em gestão do setor privado, aumentar a autonomia gerencial e a eficiência dos serviços mediante a competição, e focar na mensuração de resultados (Santos, 2012).

Entretanto, os próprios teóricos do NPM vislumbraram dificuldades na aplicabilidade dessa estratégia a países em desenvolvimento. A filosofia do NPM promove um afastamento da lógica burocrática da gestão pública e afrouxa mecanismos instituídos de controle de práticas corruptas, pressupondo uma cultura de lisura. Assim, em inícios da década de 1990, Christopher Hood asseverava: “...será interessante acompanhar (...) os efeitos da difusão de clones do NPM (...) em contextos com pouco capital de base de cultura pública” (Hood, 1991, p. 16). Pollit e Bouckaert (2004) destacaram a adesão de gestores públicos ao NPM motivada por benefícios simbólicos e de legitimidade política: “...‘parecer que está fazendo algo’ ao criticar os serviços públicos e exaltar a gestão empresarial, instaurando ‘uma aparência de dinamismo com baixo custo imediato’” (Pollit & Bouckaert, 2004, p. 6).

No Brasil, o movimento de pactuações (com prestadores privados, mas também públicos) visando firmar metas e compromissos ficou conhecido como contratualização (Angelis, 2015). Envolve o estabelecimento de termos de compromisso entre gestores públicos e entre entes públicos e privados, bem como vários desenhos de contratos e arranjos que definem a alocação e o repasse de recursos financeiros entre gestores e para entidades privadas e sem fins de lucros. No campo da contratualização entre gestores públicos, ela tem sido estruturada por meio de consórcios públicos, modalidades de contratualização internas às administrações públicas e contratos entre gestores em regiões de saúde, tais como os contratos organizativos da ação pública (Coap).

A contratualização entre entes públicos e privados tem adquirido várias formas, tais como fundações, serviços sociais autônomos e o modelo que vem se consolidando mais rapidamente, o das organizações sociais de saúde (OSS). Este surge como parte de uma proposta de reforma do Estado com elaboração de um Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), baseado nas teorias do NPM (Ramos & Seta, 2019; Morais et al., 2018). A lei federal n. 9.637, de 1998, institui as organizações sociais, e a partir dela várias legislações estaduais e municipais passaram a acompanhar a disseminação desse modelo (Anexo – Quadros A.1 e A.2). Até 2018 eram mais de 130 legislações sobre OSS, mostrando que não podemos falar de um modelo único e nacional, mas de uma miríade de situações com vários modelos e formas de organização da relação contratual entre entes públicos e unidades privadas para gestão de unidades públicas de prestação de serviços de saúde. A legislação sobre organizações sociais (OS) delimita suas áreas

de atuação em ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e conservação do meio ambiente, cultura e saúde.

Na prática, as formas de contratualização e remuneração de serviços são mais do que arranjos técnicos. Embora pretendam representar expressões neutras das relações entre financiadores e prestadores, incidem sobre um pano de fundo político, que envolve ganhos e perdas de poder de atores específicos, inclusive não financeiros (Boyne, 1998). Dependem também do volume e dos recursos disponíveis para financiamento público da saúde, o que determina a atratividade do mercado público para prestadores privados. Em última instância, refletem os limites dos contratos no mercado imperfeito dos serviços de saúde (Schmitz, 2019).

Este texto pretende oferecer subsídios para discutir a evolução desses regimes de contratualização, remuneração e financiamento de prestadores de serviços no SUS. Baseamo-nos em uma reflexão estruturada que contempla o seguinte percurso: breve revisão sobre o estado da arte do tema; um exame da grade institucional da função de provisão de serviços no SUS com uma estimativa do volume de recursos dedicado à oferta de serviços privados no Sistema Único de Saúde; uma seção que trata das opções para estruturar contratos, dada a configuração atual de contratação e remuneração de prestadores do SUS, em que abordamos também o papel das estruturas de regulação, avaliação e controle (internos e externos); e, finalmente, diante do quadro previamente delineado, um exercício que aborda as perspectivas de mudanças dos arranjos e configurações nas formas de contratação, remuneração e financiamento de prestadores de serviços de saúde. Pretendemos aqui explorar as contratualizações entre entes públicos e privados.

2. O QUE (NÃO) SABEMOS SOBRE OS MODELOS DE CONTRATUALIZAÇÃO E REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) elenca seis tipos de modelos de remuneração da prestação de serviços de saúde: 1) pagamento por procedimento individual (*fee-for-service* – FFS) a partir de preços ou valores listados em tabelas; a remuneração final depende da quantidade e do tipo de serviços fornecidos pelo prestador; 2) pagamento por diária, que atribui uma taxa fixa por leito-dia, independentemente da indicação ou dos procedimentos realizados; 3) pagamento por caso, em que é efetuado um pagamento fixo por caso (admitido), independentemente dos serviços efetivamente realizados; 4) pagamentos por capitação, em que o prestador recebe antecipadamente um *per capita* fixo para fornecer serviços específicos a pacientes inscritos por determinado período de tempo; 5) pagamento por elemento de despesa, em que existe um orçamento centralizado baseado em gastos das unidades de saúde, o qual é alocado por um órgão central que controla essa distribuição; e (6) orçamentos globais, em que o prestador recebe um montante antecipadamente para cobrir a totalidade dos gastos da unidade de saúde.

Associadas a esses esquemas, duas outras modalidades de pagamento têm sido empregadas, para otimizar as remunerações básicas: as condicionadas ao desempenho e as que visam promover ajustes para risco e custo. A primeira é representada pelos pagamentos por desempenho (*pay-for-performance* – P4P) ou por resultados (Yuan et al., 2017). Além disso, podem também ser previstos ajustes dos níveis de remuneração básicos segundo características dos pacientes atendidos (ajuste para risco) ou do tipo de estabelecimento (ajuste para custo).

Diferentes modelos de remuneração teoricamente gerariam um conjunto possível de efeitos e hipóteses: 1) o pagamento por serviço (PPS) ou procedimento gera a oferta de mais serviços

do que necessário, com efeitos negativos sobre custo e qualidade; 2) internações e altas prematuras aumentam quando o mecanismo de remuneração é baseado no caso, com efeitos negativos sobre qualidade; 3) a remuneração por caso, capitação e orçamentos contém custos; 4) o pagamento por desempenho aumenta a qualidade; 5) modelos de pagamento por caso, capitação, orçamento global e pagamento por desempenho geram a prática do *cream skimming*, que consiste em evitar atender pacientes mais caros e mais custosos; esses esquemas impactariam negativamente o atendimento a pacientes mais doentes; 6) níveis de remuneração mais elevados associam-se a aumento da produção de serviços; 7) mecanismos de ajuste de risco e custo podem compensar efeitos indesejados sobre a qualidade (Mathes et al., 2019).

O tema dos modelos de remuneração de serviços de saúde ganhou novo fôlego no esteio da recente ampliação de cobertura do Medicare americano. A Cochrane publicou duas revisões que buscam consolidar evidências sobre impactos desses modelos, segmentadas em ambulatoriais (Yuan et al., 2017) e hospitalares (Mathes et al., 2019).

Na revisão sobre remuneração de serviços ambulatoriais, são comparados efeitos de esquemas de pagamento segundo três possíveis arranjos: 1) os efeitos da introdução do P4P em ambientes que previamente empregavam remuneração por capitação ou diferentes modelos remuneratórios baseados em *inputs*; 2) capitação combinada a P4P; 3) capitação *versus* PPS. Sinteticamente, a revisão verificou que mecanismos remuneratórios e de incentivo clássicos tiveram pouco efeito sobre as práticas dos profissionais e quase nenhum efeito sobre padrões de uso de serviços e desfechos nos pacientes. Os autores concluíram ser necessário desenhar cuidadosamente cada componente do pacote de incentivos no P4P, inclusive indicadores e metas de desempenho, e considerar elementos como frequência e suficiência dos níveis de remuneração, a alocação dos incentivos aos próprios profissionais ou às unidades gestoras e a previsão de financiamento adicional.

Na revisão Cochrane sobre mecanismos de remuneração de hospitais (Mathes et al., 2019), os autores também registraram que a evidência de impacto do P4P sobre desfechos dos pacientes, qualidade do cuidado, equidade ou uso de recursos era inconclusiva, uma vez que não identificaram estudos que contemplassem desfechos. Independentemente do contexto/ambiente e do desenho do contrato, constataram que os efeitos do P4P em hospitais eram, na melhor das hipóteses, pequenos, gerando efeitos de curto prazo e não sustentáveis. Suprimir pagamentos por mau desempenho tendia a ser mais efetivo do que conceder um bônus por bom desempenho. Dessa forma, o pagamento por desempenho parece não cumprir a expectativa de gerar melhoras nos serviços de saúde, independentemente do ambiente de atendimento.

Diversos esquemas de remuneração alternativos ao PPS foram propostos para sustentar a ampliação da cobertura do Medicare americano na última década. O objetivo desses modelos alternativos de remuneração seria deslocar a lógica remuneratória baseada em volume para uma lógica baseada em “valor”, com incentivos para melhores desfechos, maior qualidade e contenção de custos.

Nos Estados Unidos, as bases para o pagamento “baseado em valor” ficaram definidas em 2010 com o *Affordable Care Act*, que propunha vários modelos de remuneração “alternativos”. Duas modalidades principais de modelos de remuneração alternativo vêm sendo testadas: os chamados modelos baseados na população e os modelos baseados em episódios de cuidado. O primeiro enfatiza a responsabilização por populações definidas de pacientes, com desfechos definidos em termos de custos totais e metas de qualidade, na tentativa de reduzir cuidados de

baixo valor e promover condutas terapêuticas mais efetivas (Verkerk et al., 2018). O segundo modelo está vinculado à utilização de serviços, sejam estes procedimentos ambulatoriais ou hospitalizações, e responsabiliza o prestador pelos eventos pós-cuidado. Visa, dessa forma, promover maior atenção à qualidade e à própria coordenação do cuidado entre o ambiente onde ocorreu o procedimento e o local que acompanhará o paciente depois dele (Liao, Navathe & Werner, 2020).

Dado o nível de incerteza que cerca os fenômenos da saúde e do adoecimento (Arrow, 1963), a remuneração por capitação pura pode envolver riscos substanciais para os prestadores, não sendo muito bem aceita por eles. Modelos de pagamento alternativos mais modernos, como as chamadas *Accountable Care Organizations* (ACOs), envolvem uma forma de pagamento global em que a receita do prestador tem relação com os custos do atendimento ao paciente, mas também com compromissos com padrões de qualidade do cuidado (Rudin et al., 2014).

Uma ampla parcela dos chamados modelos alternativos de remuneração é atualmente classificada como modelos de pagamento baseados em risco. A lógica subjacente é atribuir um orçamento global baseado em estimativas de custo para tratamento de uma categoria de doença (por exemplo, diabete) ou de um grupo populacional específico, que poderá gerar excedentes ou prejuízos ao prestador dependendo de sua competência para equilibrar recursos e resultados. Se a indústria de planos e seguros de saúde já naturalmente domina bem esses arranjos com modelos atuariais, na prática os orçamentos globais compõem uma relativa novidade na contratação de prestadores de serviço.

O sucesso dos modelos de remuneração dependerá da capacidade do prestador de controlar despesas para não ultrapassar o orçamento, ciente de que eventuais poupanças ou perdas poderão ser compartilhadas entre o prestador e o contratante. O principal desafio do pagador, além de garantir o cumprimento adequado do contrato, será contornar a tendência dos prestadores privados de saúde a pleitearem sempre preços e reajustes elevados, em geral muito superiores aos da inflação geral. Os mais céticos apostam que os novos modelos de remuneração não conseguirão transformar essas práticas (Feldman, 2015).

Diante do cenário atual de pandemia do COVID19 e da necessidade de reduzir contatos presenciais, é preciso também considerar os impactos da adoção ampliada de serviços de telemedicina fornecidos por prestadores privados ao SUS e de modelos com intenso *input* de inteligência artificial nos modelos de remuneração. A telemedicina pode contribuir para reduzir custos e aumentar o acesso. Entretanto, é justamente essa facilitação do acesso viabilizada pelas teleconsultas que pode gerar sobreutilização, o que recomenda que se evite um modelo de remuneração por procedimento (Rudin et al., 2014).

A telemedicina poderá ser um instrumento poderoso na redefinição dos cuidados de prevenção e assistência na era pós-Covid, com a utilização de ferramentas de geoprocessamento para rastreamento de contatos, a implantação de um sistema de saúde e a emergência de propostas de financiamento por resultados colaborativos de síntese de dados (compondo um paradigma de pagamento por compartilhamento de conhecimento *fee-for-knowledge-sharing*), ainda em desenvolvimento (Sorace, 2020).

Além de abordar modelos de contratação e remuneração e respectivas capacidades de contribuir para desempenhos virtuosos, a literatura econômica sobre contratos problematiza a própria decisão governamental de basear a prestação de serviços públicos gratuitos na contratação de prestadores privados. Aponta pelo menos três grandes desafios nesse processo (Santos, 2012).

O primeiro é a necessidade de desenvolver competências distintas das necessárias à prestação direta do serviço, inclusive um entendimento amplo sobre contratos, incentivos e mercado no sentido de estruturar adequadamente os contratos e mecanismos de monitoramento. Na base desse primeiro desafio estão as dificuldades de especificar produtos de saúde que engendrem desfechos virtuosos, e que permitam a transição do “produtivismo” do pagamento por procedimento, que induzir a oferta de cuidados de baixa qualidade (Verkerk et al., 2018), para uma efetiva valorização de desfechos positivos para a população (Santos, 2012).

O segundo desafio está relacionado ao problema do oportunismo nos contratos, seja do contratante, seja do contratado. Segundo Williamson (1979), apenas uma análise franca e serena dos riscos do oportunismo irá nos permitir reduzir esse risco de tais serviços e que traduziriam cuidados de melhor qualidade.

O terceiro e quiçá mais problemático desafio, por sua menor visibilidade acadêmica, envolve os custos da perda de coordenação provocados pela transição do modelo de coordenação hierárquica burocrática que caracteriza a administração pública direta para o modelo mais flexível, descentralizado e fragmentado pressuposto na contratualização (Palmer et al., 2006).

3. A GRADE INSTITUCIONAL DA FUNÇÃO DE PROVISÃO DE SERVIÇOS NO SUS

Os mecanismos remuneratórios de prestadores naturalmente precisam considerar as bases de provisão de serviços de um país. A grade institucional de provisão de serviços no SUS admite três desenhos distintos: 1) operação pública direta de estabelecimentos próprios da rede pública (rede pública sob operação pública direta); 2) rede pública sob operação privada; e 3) esgotada a capacidade instalada pública, convênios e contratação de serviços de forma suplementar (rede privada sob operação privada). A essa grade de provisão de serviços acrescenta-se agora uma quarta dimensão, ainda incipiente: a das plataformas digitais de provisão de serviços, cujo desenho no SUS ainda não está delineado.

Tradicionalmente, o setor público no Brasil adquire de prestadores privados uma parte significativa dos serviços de saúde oferecidos à população, pois a rede pública é insuficiente para atender a demanda por serviços gratuitos. O histórico de contratação governamental de serviços de saúde privados (Santos & Servo, 2016) pode ser descrito como pautado por sucessivas ondas de privilegiamento do produto privado (Santos e Gerschman, 2004), que retratam o acesso de prestadores privados a financiamento público ao longo dos tempos, frequentemente em detrimento de investimento na rede pública.

A Era Inamps (1977-93) caracterizou-se pelo financiamento de ativos fixos (investimento) da rede de prestadores de serviços de saúde privados (em geral hospitais) com recursos públicos federais, acrescido da garantia, quando inaugurados, de contratos de prestação de serviços ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Ou seja, prescindia da imobilização de capital empresarial, o que costuma funcionar como uma barreira de entrada. Barreiras de entrada são fatores que atuam para dificultar o início da atividade empresarial em determinado segmento, sendo em geral as financeiras as principais. Tratava-se, assim, de um cenário de baixíssimo risco e alto retorno para o empresariado, que pode ter contribuído como incentivo para sua expansão nessa área (Braga & Paula, 1981).

Com o decorrer do tempo, as tabelas de remuneração do Inamps foram se distanciando dos custos de produção dos serviços e perdendo a atratividade financeira (Santos & Servo, 2016).

Nesse processo, prestadores mais aptos gradualmente identificaram novas fontes de renda no emergente segmento de planos e seguros de saúde privados. Com a consolidação do SUS, restaram em sua base de prestadores estabelecimentos fortemente dependentes de financiamento público, frequentemente filantrópicos e menos aptos a ocupar nichos de mercado com mais concorrência, de um lado, e de outro, prestadores privados lucrativo e sem fins de lucro mais qualificados, que se consolidaram como base da prestação de serviços bem remunerados pelo SUS (Santos & Gerschman, 2004).

A diretriz de descentralização que pauta o SUS, com redução das aplicações diretas de recursos federais e transferência de responsabilidades e ampliação das modalidades de transferências para estados e municípios, delegou a gestores locais crescente responsabilidade na relação direta com os prestadores privados. Ao mesmo tempo, a distribuição territorial dos prestadores e a proposta de organização do SUS como redes regionalizadas de ações e serviços de saúde passaram a demandar relações mais cooperativas entre gestores públicos.

Entre 2008 e 2019, o crescimento de unidades de saúde sob gestão municipal e estadual foi expressivo. Dessa forma, com o avanço do SUS, são os gestores locais que passaram a estabelecer os contratos que regem a oferta de serviços privados ao SUS, criando-se as condições para a introdução de novas relações e modalidades de prestação de serviços privados.

Além da justificativa mais tradicional de oferta insuficiente da rede própria do SUS para atender a demanda da população, surgem novas justificativas para o estabelecimento dos contratos com o setor privado: a necessidade de tornar flexível a contratação de profissionais e serviços em estabelecimentos públicos e os limites financeiros impostos pela Lei de Responsabilidade Social (LRS) para contratação de pessoal.

As modalidades de contratualização são diversas. Salgado (2006, 2018) as categoriza em dois grandes grupos: contratualizações internas e contratualizações externas. A contratualização interna é realizada dentro da administração pública, entre os órgãos e as entidades que a compõem, como instrumento de apoio ao gestor. A contratualização interna refere-se, por exemplo, às contratualizações com hospitais públicos, outros órgãos ou entidades da administração pública no mesmo nível de governo e com agências reguladoras. Pela categorização da autora, a contratualização externa refere-se a contratualizações de um gestor com entidades privadas e com outro ente federativo. Ela cita como exemplos: contratos com entidades privadas, com e sem fins de lucro, tais como as qualificadas como Organizações Sociais da Saúde (OS) ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip); contratualização interfederativa; contratualização para constituição de consórcio público, entre outros (Salgado, 2006, 2018).¹

Essas modalidades passam por um gradiente que vai de unidades públicas administradas pelo setor público, com recursos a modelos de administração indireta, passando por modelos de agentes sociais e de mercado, com um gradiente paraestatal, a modelos mais próximos daqueles típicos do mercado privado de saúde (Salgado, 2017).

A partir do ano 2000, ampliam-se fortemente modalidades de contratualização em que o setor público entrega ao setor privado parte ou toda a gestão/operação de unidades de saúde públicas. Esse movimento inicialmente foi muito forte em hospitais, por meio do estabelecimento de contratos de gestão a partir do marco legal estabelecido pela lei federal que trata das organizações sociais. Em 2018, terceirizações de unidades públicas de saúde já estavam pre-

¹ Um resumo esquemático está apresentando no site do projeto Contratualização no SUS, disponível em: <<https://bit.ly/2JS3fdC>>.

sententes em 21 unidades da federação. Os contratos com OSS representavam a imensa maioria das modalidades contratualizadas de gestão em número de unidades públicas contratualizadas (256), seguida pelas fundações (59) e consórcios públicos (Tabela 1). A contratualização de unidades entre os municípios é também muito significativa.

Tabela 1. Estabelecimentos de saúde administrados por terceiros, por modalidades de contratos com as secretarias de saúde dos estados, por UF e quantidade, 2018

Unidade da Federação	Adm. por terceiros	Organização Social	Oscip	Empresa Privada	Cooperativa	Consórcio de Sociedade	Consórcio Público	Administrado por fundação
Rondônia	Não							
Acre	Sim		1					
Amazonas	Sim					1		
Roraima	Não							
Pará	Sim	14						
Amapá	Sim	2						
Tocantins	Não							
Maranhão	Sim	12						
Piauí	Sim			2				6
Ceará	Sim	1					42	
Rio Grande do Norte	Não							
Paraíba	Sim	9						
Pernambuco	Sim	36						
Alagoas	Não							
Sergipe	Não							
Bahia	Sim	28		1				
Minas Gerais	Não							
Espírito Santo	Sim	4	18				2	
Rio de Janeiro	Sim	42						24
São Paulo	Sim	83						24
Paraná	Sim							5
Santa Catarina	Sim	3						
Rio Grande do Sul	Sim			4				
Mato Grosso do Sul	Sim	2						
Mato Grosso	Sim	2					3	
Goiás	Sim	17						
Distrito Federal	Sim	1						
Total de unidades		256	19	7	0	1	47	59

Fonte: IBGE. Estadiv, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2JW0S9p>>.

Quando a análise considera os contratos realizados por municípios, ainda que os dados sejam de anos diferentes, destaca-se o fato de haver estados com contratualização pela SES, mas não pela SMS, e vice-versa. Em 2017, 684 municípios declararam ter estabelecimentos administrados por terceiros, sendo 1.755 administrados por OS. Reforça-se a prevalência desse modelo, com forte participação dos municípios paulistas.

Tabela 2. Estabelecimentos de saúde administrados por terceiros, quantitativo de municípios por UF e quantitativo de estabelecimentos por modalidade de contratualização com governos municipais, 2017

Unidade da Federação	Quantitativo de municípios	OS	Oscip	Empresa Privada	Cooperativa	Consórcio Sociedade	Consórcio Público	Fundação
Rondônia	7	1		6			4	
Amazonas	1			1				
Pará	9	9	4	9				
Tocantins	3	3		5				
Maranhão	5	1		3	1			
Ceará	37	22	5	36	4		42	5
Rio Grande do Norte	3			1			2	
Paraíba	5			8			3	1
Pernambuco	8	5		13		1		1
Alagoas	9	4		4			3	1
Sergipe	8	7	6	1			1	
Bahia	33	27	4	10	10	1	8	1
Minas Gerais	124	162	11	59	3	9	95	23
Espírito Santo	18	9	36	4			2	2
Rio de Janeiro	26	302		9	2	2	9	17
São Paulo	193	1113	37	143	3	5	70	53
Paraná	47	20	5	14		1	33	18
Santa Catarina	45	21	5	10			21	10
Rio Grande do Sul	70	42	13	77	6	4	13	144
Mato Grosso do Sul	6	2	1	1				4
Mato Grosso	21	5	4	30	5		26	2
Goias	6			9				2
Total de unidades	684	1755	131	453	34	23	332	284

Fonte: IBGE. Munic. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3qtSAGF>>.

4. RECURSOS PÚBLICOS ALOCADOS PARA OSS: APROXIMAÇÕES

A prestação de serviços no modelo OSS também se caracteriza pelas baixas exigências de imobilização de capital, dado que o contrato de gestão visa à operação de unidades públicas de saúde em geral integralmente equipadas, à exceção de recursos humanos. Por essa via, voltam a ser potencialmente vantajosos para o prestador privado segmentos negligenciados e com grandes descompassos de preço da Tabela SUS, representados pela maior parte dos procedimentos de média complexidade mais comuns. Adicionalmente, uma vez que as barreiras de entrada são pequenas, a vigilância sobre a qualidade dos prestadores torna-se ainda mais necessária.

Não há números exatos sobre o volume de recursos do SUS direcionado à compra de serviços privados, seja ela fornecida na plataforma de operação privada de estabelecimentos públicos ou de contratação ou convênios com estabelecimentos privados filantrópicos ou não. As estimativas da Conta-Satélite de Saúde indicavam, para 2017, um consumo de serviços do mercado privado pelo SUS da ordem de R\$ 43,63 bilhões (2017), com uma média no período de 2010-2017 que correspondia a 17,5% do faturamento dos serviços privados no país (IBGE, 2019).

Uma estimativa das tendências da participação da compra de serviços privados no SUS pode ser obtida usando indicadores e dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públi-

cos em Saúde (Siops). Quando se considera que, na produção de serviços de saúde, em média 70% dos gastos envolvem contratação de recursos humanos, os gastos decrescentes com pessoal informam que serviços privados são um componente cada vez mais expressivo da oferta do SUS.

A série histórica do indicador gastos com pessoal como percentual de despesas correntes pode mostrar a evolução da compra de serviços ou adesão a novos modelos de operação privada da rede pública, como mostram as UF e capitais (municípios selecionados) na Tabela 3.

Tabela 3. Despesas com pessoal como % gasto corrente em saúde – estados e capitais selecionados – comparação 2010-2018

Estados	2010	2018	Capitais	2010	2018
Rio de Janeiro	34,80	16,06	Rio de Janeiro	44,60	31,24
São Paulo	27,54	27,41	São Paulo	29,21	20,74
Pernambuco	33,09	27,12	Recife	54,58	48,24
Alagoas	42,93	26,75	Maceió	31,84	36,64
Santa Catarina	32,86	31,99	Florianópolis	64,84	63,48
Todos os Estados	31,26	28,51	Todas as capitais	41,89	36,42

Fonte: Siops – indicadores. Disponível em: <<http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>>.

Uma primeira constatação na comparação entre esses estados e municípios (capitais) (Tabela 3) são os percentuais decrescentes de gastos com pessoal próprio tanto em um quanto em outro, sinalizando para crescente adesão ao modelo de operação privada. Um segundo ponto é o percentual de gastos de municípios com pessoal, quase sempre superior ao dos estados, que corrobora o senso comum de que a adesão dos estados aos modelos de compra de serviços precedeu a dos municípios. Um estudo realizado entre junho de 2012 e junho de 2013 em Pernambuco indicava que gestores estaduais de saúde eram mais adeptos a modelos de gestão do tipo OSS. Gestores municipais eram mais críticos do modelo e tinham mais dúvidas sobre a implementação (Pacheco et al., 2016), o que fica evidente na comparação do percentual de gastos com pessoal próprio do estado de Pernambuco, onde houve grande adesão ao modelo OSS, com o do município de Recife.

As unidades da federação selecionadas mostram, pelo indicador de gastos com pessoal, as várias trajetórias das UF na adesão aos novos modelos de gestão. O estado do Rio de Janeiro evidenciava um movimento de radical adesão ao modelo de contratação de serviços, acompanhado, com menor intensidade, pelo município do Rio de Janeiro. O estado de São Paulo, já com uma adesão ao modelo OSS consolidada em 2010 e sem mudança no período, contrastava com a cidade de São Paulo, onde a contratação de serviços privados avança no período analisado. Finalmente, temos Pernambuco e Alagoas com percursos que também se refletem nos indicadores de Santa Catarina e Florianópolis, onde, até 2018, o modelo OSS não encontrou adesão. O gasto com pessoal de Florianópolis sugeria uma operação totalmente pública do sistema de saúde, permanecendo na faixa de 64% nos anos analisados.

Entretanto, podemos ainda estar subestimando o fenômeno. As grandes lacunas de informação residem em dois aspectos em âmbito nacional: o valor repassado para operação privada de estabelecimentos públicos, principalmente via modelo OSS, é desconhecido, como também o são os acréscimos de valor em relação à Tabela SUS pactuados localmente com prestadores privados.

O trabalho de Morais et al. (2018) fez um mapeamento dos contratos de gestão de várias secretarias e analisou os dez maiores contratos estabelecidos entre as OSS e as secretarias de estado de saúde do estado de São Paulo e do Rio de Janeiro. Os autores contabilizaram um total de R\$ 23 bilhões repassados para essas dez OSS, mostrando a importância dos termos aditivos que chegam a representar, em alguns casos, um acréscimo de mais de 80% em relação ao valor do contrato. Considerando essas OSS contratualizadas com a SES/SP, com base nas informações disponíveis no Portal da Transparência, observa-se que, ainda que predominem contratos de gestão com hospitais, os tipos de serviços contratualizados diversificam-se ao longo do tempo, passando a incluir saúde mental, reabilitação, unidades de análises clínicas, serviços de imagem e um aumento expressivo da contratualização da SES/SP para unidades ambulatoriais de especialidades (Quadro 1).

Quadro 1. Organizações sociais da saúde selecionadas* com contratos de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP), por data do primeiro contrato, primeira unidade contratualizada e unidades contratualizadas até nov/2020

OSS	Ano do primeiro contrato	SES	Primeira unidade contratualizada	Unidades contratualizadas até nov./2020
SPDM	2007	SP	Centro de Análises Clínicas	Análises clínicas, hospitais (7), saúde mental e drogadição (2), ambulatório de especialidades (7 AMEs), reabilitação (1)
Seconci-SP	2008	SP	Hospital	Conjunto hospitalar (1), hospitalar (5), ambulatório de especialidades (5), distribuição e armazenamento de insumos (1), diagnóstico (1), central de regulação (1)
CBSC	2008	SP	Hospital	Hospital (3), saúde mental (1), ambulatório de especialidades (6), reabilitação (2)
ISCMSP	n.d	SP	Hospital	Hospitais (4), saúde mental (1), ambulatórios de especialidades (1)
FFM	2008	SP	Oncológica	Oncológica (1), reabilitação (1)
LSFPD	2007	SP	Hospital	Hospitais (4), saúde mental (1), ambulatórios de especialidades (3)
ACSC	2006	SP	n.d	Hospitais (2), saúde mental (1), ambulatório de especialidades (3), centro referência saúde idoso (1), diagnóstico por imagem (1), análises clínicas (1)
FABC	2007	SP	Hospital	Hospitais (3), reabilitação (1), saúde mental (1), ambulatório de especialidades (6), instituto de infectologia (1)

* As unidades foram selecionadas a partir do levantamento feito por Morais et al. (2018) com base na análise dos contratos de gestão das unidades com os dez maiores contratos em valor com a SES/SP e a SES/RJ.

n.d – informação não disponível

Fonte: SES/SP Portal da Transparência (<saude.sp.gov.br>). Disponível em: <<https://bit.ly/36WNH17>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

Em 2019, a SES/SP empenhou R\$ 5,6 bilhões em contratos de gestão na ação “atenção ambulatorial e hospitalar em organizações sociais” de um total de R\$ 6,1 bilhões dessa ação e de R\$ 23,6 bilhões empenhados do orçamento da secretaria, aproximadamente 25% do total. Ao comparar o valor mapeado para os contratos de gestão no período 2011-2014 por Morais et al. (2018) com os valores empenhados somente pela SES/SP, com base nos dados da execução orçamentária disponibilizados pela Secretaria de Fazenda do estado, observa-se que apenas no ano de 2019 essas instituições responderam por R\$ 3,9 bilhões do orçamento da secretaria, valor próximo ao de 2018, com destaque para o tamanho do Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci-SP) e para a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) (Tabela 4).

Tabela 4. Valores de contratos entre a SES/SP e OSS selecionadas, 2011-2014 e 2018, 2019

OSS	2011-2014*			Aditivo/Total	2018**	2019**
	Contrato de gestão (R\$)	Termo Aditivo (R\$)	Total (R\$)			
SPDM	3.788.735.148,84	1.307.276.036,55	5.096.011.185,39	34,5%	1.133.596.743,27	1.241.933.823,34
Seconci-SP	2.793.122.944,42	1.348.655.452,35	4.141.778.396,77	48,3%	1.134.240.076,27	935.769.425,81
CBSC	2.263.684.312,00	431.316.109,10	2.695.000.421,10	19,1%	319.633.061,20	187.595.710,41
ISCMSP	1.398.602.744,20	761.391.275,49	2.159.994.019,69	54,4%	16.411.390,80	172.385.578,36
FFM	1.154.248.204,00	909.314.845,00	2.063.563.049,00	78,8%	463.230.597,25	533.253.940,00
LSFPD	811.505.773,04	714.098.156,64	1.525.603.929,68	88,0%	370.637.909,72	393.113.113,36
ACSC	925.242.758,21	168.707.988,89	1.093.950.747,10	18,2%	35.643.869,56	24.895.754,28
FABC	751.102.474,00	243.417.757,00	994.520.231,00	32,4%	387.103.014,80	404.910.526,75
Total	13.886.244.358,71	5.884.177.621,02	19.770.421.979,73	42,4%	3.860.496.662,87	3.893.857.872,31

ACSC - Associação Congregação Santa Catarina; CBSC - Cruzada Beneficente São Camilo; FABC - Fundação Faculdade de Medicina; ISCMSP - Instituto Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; LSFPD - Lar São Francisco da Providência de Deus; SPDM - Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina; Seconci-SP - Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo.

*Dados extraídos de Moraes et al (2018).

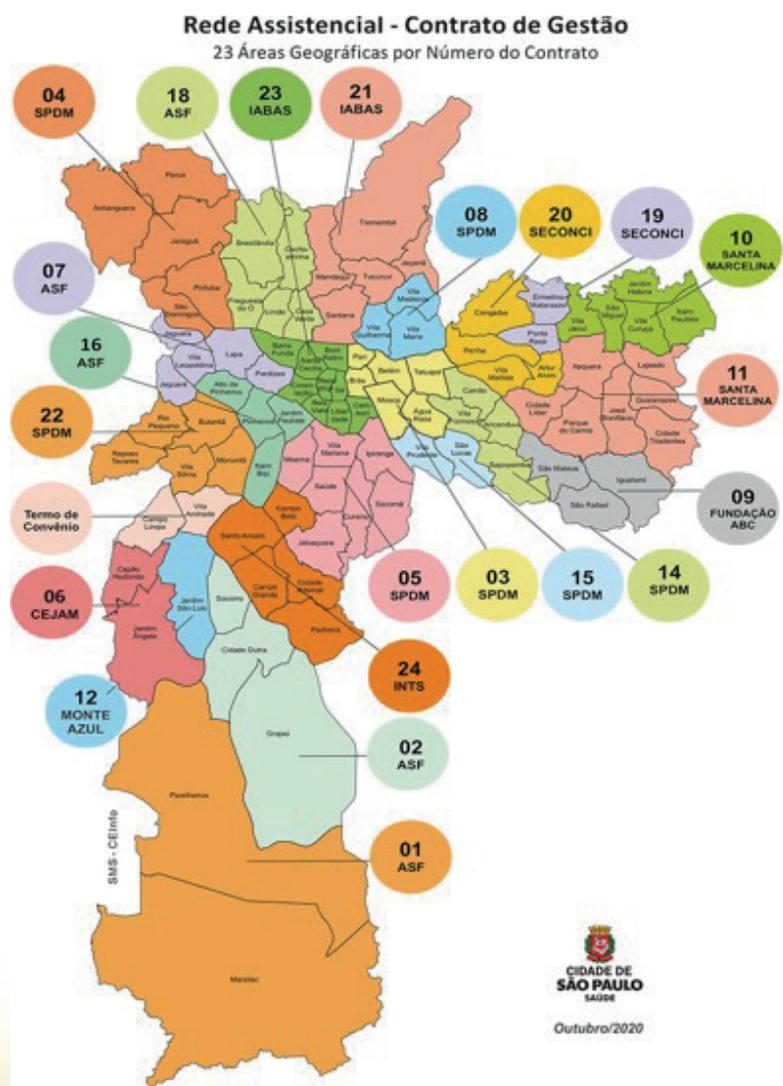
**Dados de despesas orçamentárias. Acesso em: 8 nov. 2020.

Fonte: Moraes et al. (2018) e SES/SP Portal da Transparência (<<https://bit.ly/3qy0lw>>).

Em 2014, a SPDM informou um valor de R\$ 2,2 bilhões em recursos de saúde com restrição, sendo seus principais clientes a SES/SP e prefeituras daquele estado. Em 2019, essa instituição informava em seu demonstrativo de contas anuais um ativo de R\$ 4,9 bilhões de recursos públicos da saúde relacionados aos contratos com SES/SP, as prefeituras deste estado e com outros entes federados. A dificuldade expressa anteriormente fica clara quando, para ter esses dados consolidados para outras secretarias, é preciso recorrer a cada contrato de gestão ou buscar dados de fornecedores ou credores que não estão disponibilizados juntos com os dados de execução orçamentária nos portais de transparência. Como dito, isso inviabiliza ter-se o total efetivamente alocado de recursos públicos de estados e municípios para OSS.

Ainda com relação à participação da OSS nos serviços de saúde, o mapa elaborado com base nos dados sobre os contratos por regiões do município de São Paulo (Figura 1) mostra o tamanho e o espraio do uso de contratos com OSS no município, com muitas dessas instituições respondendo pela gestão de unidades básicas de saúde, mas também por centros de atenção psicossocial, unidades ambulatoriais (AMA), hospitais-dia, centros especializados em reabilitação, residências terapêuticas e serviços de apoio a diagnóstico por imagem.

Figura 1. Distribuição das OSS por instituição e regiões do município de São Paulo, 2020



Fonte: Prefeitura de São Paulo. Contratos de Gestão de OSS. Disponível em: <<https://bit.ly/37B6PAZ>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

Além do comprometimento de um volume expressivo de recursos com OSS, há uma forte dependência de instituições que se especializam em gerir unidades públicas. A presença de SPDM, Seconci-SP, Instituto de Atenção Básica e Avançada de Saúde (IABAS), entre outras, mostra a dependência que estados e municípios têm criado dessas instituições. Se, por qualquer motivo, os contratos sofrem descontinuidade, a reorganização e a inteligência da gestão de contratação de profissionais e serviços podem ser algo que demore a ser restabelecido pela administração pública. Assim, corre-se o risco de ficar muito dependente e, mesmo do ponto de vista econômico, pagar valores mais elevados para evitar riscos de continuidade, quer ampliando os contratos com muitos termos aditivos (como alertado por Moraes et al., 2019 quer realizando compras ou contratações emergenciais que, *per se*, têm um custo mais elevado do que aquelas programadas e com prazos maiores.

5. OS DESAFIOS PARA AS ESTRUTURAS DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE (INTERNOS E EXTERNOS)

A partir da Reforma Administrativa do Estado no final da década de 1990, intensificou-se a preocupação com as relações de parceria do Estado com entidades do Terceiro Setor e com estruturas de regulação para acompanhar os chamados modelos alternativos de gestão (Santos & De Matos Pinto, 2017). Em 2014, foi promulgada a lei n. 13.019/2014, que passou a impor parâmetros de transparência nas relações do Estado com instituições sem fins de lucro que, historicamente, eram excluídas da disciplina jurídica típica de direito público, com base no princípio de que se tratava de relações conveniais, nas quais imperava o interesse comum. Pela lei n. 13.019/2014, essas relações também passaram a ser orientadas por princípios explícitos de sustentabilidade, acessibilidade, publicidade e moralidade administrativa, reforçando uma política anticorrupção (De Albuquerque Nóbrega, 2018).

A nova regulamentação consagrou a necessidade de chamamento público pela administração pública, com “procedimentos claros, objetivos e simplificados que orientem os interessados e facilitem o acesso direto aos seus órgãos e instâncias decisórias, independentemente da modalidade de parceria prevista nesta Lei” (*caput* do artigo 23, com redação dada pela lei n. 13.204, de 14/12/2015). Estabeleceu também que, sempre que possível, devia haver critérios padronizados para nortear objetos, metas e custos, que incluíssem indicadores quantitativos e qualitativos de avaliação de resultados. A atividade regulatória ficou sob a responsabilidade do aparato jurídico de controle externo e interno. Destaca-se nessa legislação também um aspecto punitivo inédito, que amplia a tipificação de improbidade administrativa presente na lei n. 8.429/1992, reforçando o papel dos órgãos de controle no monitoramento dessas parcerias (De Albuquerque Nóbrega, 2018).

Entretanto, o art. 3º da lei estabeleceu que:

Não se aplicam as exigências desta Lei: III - aos contratos de gestão celebrados com organizações sociais, desde que cumpridos os requisitos previstos na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; (Inciso com redação dada pela Lei nº 13.204, de 14/12/2015) e IV - aos convênios e contratos celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição Federal. (Brasil, 2014, n.p.)

Entre 1998 e 2015, tramitou um questionamento formal da legalidade das OS na esfera federal, objeto da ação direta de inconstitucionalidade n. 1.923/DF. A decisão final foi pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o Poder Público, garantindo-se que a celebração do contrato seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, observando os princípios constitucionais que regem a administração pública. O voto do relator, ministro Luiz Fux, que foi confirmado, afastava qualquer interpretação que limitasse a atuação dos controles do Ministério Público, do Tribunal de Contas e, sempre que provocado, do Poder Judiciário sobre as OSS, uma vez que recebem verbas públicas (Oliveira Vieira, 2016).

A rigor, seis mecanismos de controle incidem sobre as organizações sociais: 1) o controle gerencial, pela própria organização, de seus resultados e desempenho; 2) o controle interno realizado pelo Executivo, responsável por qualificar a OSS e acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão, bem como a prestação de contas dos recursos e bens repassados à organização; 3) o controle externo exercido pelo Legislativo, com o Tribunal de Contas acompanhando o uso dos recursos públicos pela OSS; 4) o controle público pelo Ministério Público, cuja principal relevância é garantir que eventuais irregularidades cometidas sejam apuradas e tragam consequências; 5) o controle judiciário, se houver disputas em torno da legislação regulamentadora das OS ou forem encaminhadas irregularidades verificadas pelos demais órgãos de controle; e 6) o controle social exercido pela sociedade civil (Oliveira Vieira, 2016).

Vários momentos são considerados críticos nesse processo. O primeiro se dá no ato de qualificação das organizações sociais pelo Poder Executivo. É nesse momento que se decidem as entidades que reúnem os requisitos para no futuro formalizar contratos de gestão com o Estado. Não é raro identificar, na composição societária das OSS, empresários envolvidos em problemas que abrem novas OSS, ou elas não preenchem critérios mínimos de experiência na gestão de saúde. Com a queda da atratividade do modelo provocada pela crise de financiamento do SUS, a tendência é ser necessário redobrar cuidados nessa área.

Um segundo momento crítico é o da definição das cláusulas do contrato de gestão. Os contratos de gestão são o instrumento jurídico que formaliza parcerias no poder público e estabelece os critérios (metas e indicadores) que orientam seu monitoramento. Ainda que existam portarias e orientações governamentais sobre o tema, persiste a falta de clareza sobre a definição e o acompanhamento dos indicadores. Alguns contratos de gestão incluem mais de uma centena de indicadores, o que tira o foco do essencial, enquanto outros desenharam metas e critérios descolados da realidade (Oliveira Vieira, 2016).

Em acréscimo aos imbrólios jurídicos que cercam o instrumento do contrato de gestão, um ponto central das dificuldades parece ter relação com o modelo de remuneração adotado. Contratos de gestão com OSS tradicionalmente baseiam-se em dois mecanismos remuneratórios cuja associação não favorece o melhor desempenho; alia-se um orçamento global a um monitoramento fortemente baseado na lógica PPS. Se o produtivismo estimulado pelos regimes de pagamento tipo *fee-for-service* é insatisfatório e tende a estimular cuidado de baixo valor (Verkerk et al., 2018), o pagamento por resultados é desafiado pela definição de resultados e a clareza de que muitos resultados de saúde não dependem da saúde. Aliado a isso, definir produtos de cuidados de saúde na perspectiva de um *mix* que gere os melhores resultados é, sem dúvida, um grande desafio.

Nesse ponto, impõe-se um dilema: se monitorar a produção de procedimentos pode ser relativamente simples, avaliar o *mix* de procedimentos adequado a uma população aleatória é bem

mais difícil, o mesmo se aplicando a selecionar os desfechos influenciados pela prestação dos serviços. Ainda que hoje sejam adotados procedimentos de auditorias operacionais que valorizam resultados por órgãos de controle externo, a lógica da fiscalização da quantidade de procedimentos ofertados é bem mais simples e transparente.

Na hierarquia do monitoramento dos contratos, o primeiro nível de fiscalização pelo contratante das OSS são as fiscalizações realizadas por uma comissão técnica de avaliação, composta por membros do gestor governamental. Um segundo nível de avaliação são os órgãos de auditoria interna do gestor público, como o Sistema Nacional de Auditoria. Seguem-se a esse controle a fiscalização legislativa dos Tribunais de Contas (controle externo), notadamente em matérias orçamentárias e financeiras, e o Ministério Público, no âmbito de suas atribuições gerais de zelar pelos interesses sociais e individuais (Liberatti et al., 2020).

As reiteradas denúncias de irregularidades pelo Tribunal de Contas e pelo Ministério Público em várias localidades do país ao longo dos anos, intensificadas recentemente, levantam algumas dúvidas acerca da adequação de monitoramento, fiscalização e controle da contratualização com OSS, indicando fragilidades nesses processos (Oliveira Vieira, 2016).

No sentido de aprimorar esse processo, um estudo realizado com gestores do Paraná em 2017 sugeriu o uso de instrumentos que permitissem a padronização de parâmetros, no sentido de conferir à contratualização maior “assertividade”, com um instrumento de auditoria validado e acordado com os prestadores (Liberatti et al., 2020). Outro estudo, realizado com gestores em Pernambuco, sugeriu a necessidade de se fortalecerem instâncias colegiadas aprimorando o controle social e o diálogo entre gestores estaduais e municipais (Pacheco et al., 2016). Entretanto, a dificuldade de monitorar o cumprimento a contento de contratos pode se intensificar com o ingresso maciço da telemedicina na operação do SUS.

6. OUTRAS MODALIDADES DE GESTÃO

Em acréscimo ao modelo OSS, as últimas três décadas vêm sendo pródigas na experimentação com novos modelos de gestão na administração pública. Como outras modalidades de contratualização externa, destacam-se o modelo das fundações estatais, o das empresas públicas e o dos serviços sociais autônomos.

Muitos desses modelos não são novos, com exemplos que remontam ao período anterior ao SUS ou são definidos nos primeiros anos da década de 1990, como é o caso da definição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA, 1973) como empresa pública, ou da conversão das Pioneiras Sociais (Rede Sarah) em serviço social autônomo (1991), entre outros casos (Quadro 2). Entretanto, ficavam até então restritos a casos isolados em âmbito federal. A vantagem de adotá-los é a celeridade. Como modelos já prontos e regulamentados, eximem as administrações do longo e demorado processo de aprovação e legitimação jurídica que vimos ocorrer com as organizações sociais de saúde e as fundações estatais de saúde, por exemplo.

Como destacado no Quadro 2, cada modelo tem especificidades que ditam suas escolhas específicas pelos gestores. Para contratar pessoal, por exemplo, as fundações estatais de direito privado e as empresas públicas têm que realizar concurso por CLT, mas a forma como os serviços sociais autônomos realizam a contratação é definida em lei.

Quadro 2. Natureza, elementos, exemplos e formas de contratação de pessoal de entidades que contratualizam com o SUS

Natureza jurídica	Elementos	Exemplo	Forma de contratação de pessoal
Fundações estatais de direito privado	<ul style="list-style-type: none"> • Dependente ou não de recursos públicos provenientes do Tesouro. Caso não seja, pode celebrar contrato com o ente público 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia, Fundação Estadual de Saúde de Sergipe, [?? Mais alguma ?] 	CLT, concurso público
Empresa Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Empresa estatal com capital de titularidade do ente ou dos entes da federação 	<ul style="list-style-type: none"> • Ebserh 	CLT, concurso público
	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser de direito público ou privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Hospitalar Conceição 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sociedade unipessoal ou pluripessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • HCPA 	
Serviço Social Autônomo	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de gerência cuja forma jurídica é definida por sua lei de criação 	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Sarah • Adaps 	Forma definida em lei

Fontes: Conass, 2015; HCPA, 1973; GHC, 2020.

A fundação pública de direito privado é outra modalidade que vem sendo utilizada na gestão do SUS. Ela pode ser ou não dependente dos recursos públicos provenientes do Tesouro. Se depender desses recursos, será uma unidade orçamentária, caso contrário, suas despesas serão provenientes de fontes próprias que podem incluir contratos com os entes do poder público (CONASS, 2015). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2015) lista como exemplos de fundações estatais na área de saúde: a Fundação Baiana de Pesquisa Científica, Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos (Bahiafarma); a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (Fcecon); a Fundação Hemope, em Pernambuco; a Fundação Pró-Sangue e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em São Paulo; a Fundação Hospitalar de Sergipe; a Fundação de Saúde Parreiras Hortas; a Fundação Estadual de Saúde de Sergipe; a Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf) da Bahia; e a Fundação Estadual do Rio de Janeiro.

Por muito tempo, o marco legal das fundações estatais de saúde esteve sob questionamento, sendo menos consolidado que o das OS.

O Projeto de Lei 92/2007 das FEDP, por se tratar de uma lei complementar que busca definir as áreas de atuação da entidade, pouco delimita o modelo organizacional das Fundações. Tal fato pode criar incertezas quanto a essa entidade e quanto ao seu *modus operandi* específico (Silva, Lima & Teixeira, 2015, p. 156).

Após um longo processo, em 5 de novembro de 2020 o Supremo Tribunal Federal (STF) declarou a constitucionalidade das fundações estatais.

A insegurança jurídica pode ser uma das explicações para o modelo baseado em OS ter sido o eleito por vários estados e municípios. A segurança jurídica garantia também, até o momento, a possibilidade para os gestores de contratação sem contar com os limites da LRF. Contudo, essa diferença entre as duas pode estar com os dias contados, visto estarem em debate as mudanças de regras, passando a contabilizar as OSS nos limites da LRF, tendo sido prorrogado para 2021 o prazo para ajuste dos contratos e para 2022 a vigência das novas regras. Isso deve produzir importante impacto na contratualização via OS, uma vez que 78,6% dos municípios com con-

tratos via OS não incluem a despesa com pessoal na contabilização para a LRF (CNM, 2020).

Outra questão para a qual chamam a atenção Silva, Lima e Teixeira (2015, p. 157) é o fato de o modelo OS não estar totalmente em concordância com os princípios preconizados pela Constituição Federal de 1988 no que tange

à universalidade da atenção, à participação da população e de trabalhadores na gestão do SUS, à atuação de forma complementar de instituições privadas, incluindo as sem fins lucrativos, e à orientação de igualdade no acesso e atenção aos cidadãos no sistema de saúde.

No caso das leis das OS, analisadas pelas autoras, não há prerrogativa de exclusividade para o SUS. Contudo, elas alertam que ambas são permeáveis ao setor privado.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) surgiu como empresa pública unipessoal, com capital social integralizado totalmente pela União, com a finalidade de prestar serviços de ensino, pesquisa e extensão e serviços gratuitos de assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio a diagnóstico e terapia ao SUS. As universidades cedem bens e serviços públicos à Ebserh. Para contratualizar com a instituição, os hospitais e unidades de saúde vinculados às universidades devem] disponibilizar 100% dos seus serviços ao SUS. Uma das discussões refere-se à participação dos ministérios da Saúde e da Educação no financiamento desses serviços. Atualmente, a maior parte dos recursos aplicados nos hospitais universitários federais são provenientes de recursos do MEC. Contudo, cumprem um importante papel nas prestações de serviços ao SUS. Além da Ebserh, são exemplos de empresas públicas o Hospital das Clínicas de Porto Alegre e o Grupo Hospitalar Conceição.

Sodré et al. (2013) apresentam alguns indicadores da situação dos hospitais universitários federais (HUF) antes da Ebserh: quase metade da força de trabalho já não era contratada pelo Regime Jurídico Único (RJU): em 2009, em torno de 26% eram contratos por fundações ou outros regimes CLT, 16% eram terceirizados, 3,4% eram contratados por recibo de pagamento autônomo (RPA) e 2,5% por serviços. A pressão dos órgãos de controle para regularização das situações profissionais era grande. Os valores defasados da tabela do SUS refletiam em acúmulo de dívidas por parte dos HUF. Com a entrada em funcionamento da Empresa, as contratações passaram a ser feitas em regime CLT, mas convivem várias modalidades de contrato, com parte dos trabalhadores regidos pelo RJU. Na esteira das discussões sobre privatizações, chegou-se a perguntar se a Ebserh, sendo uma empresa pública, poderia ser privatizada e em quais condições, visto que, numa apresentação do Ministério da Economia, figurava entre as passíveis de desestatização junto com o HCPA, enquanto o GHC constava como processo de desestatização (Brasil, 2020).

Outra modalidade é o serviço social autônomo (SSA), que, segundo o Conass (2015), é um modelo de gerência (e não uma forma jurídica):

Não há regra que determine a forma jurídica do SSA. Pode assumir o formato de fundação, associação ou formato jurídico especial, insuscetível de perfeito enquadramento nas categorias previstas no Código Civil. Sua criação decorre de lei federal que o institui ou autoriza a sua instituição (CONASS, 2015, p. 65).

O SSA estabelece uma relação de natureza paraestatal com a administração pública. Um exemplo é o Sistema S, que é financiado com contribuições parafiscais e não submete as regras do regime administrativo no que se refere ao regime de pessoal e compras de bens e serviços. Outro exemplo é a Rede Sarah, criada como pessoa jurídica **sem** fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, estabelecendo contrato de gestão que permite a transferência de recursos públicos a título de fomento.

Além da Rede Sarah, há outros exemplos de SSA:

o Hospital Alcides Carneiro, em Petrópolis, criado em 2007, o Serviço Social de Saúde do Acre-Pró-Saúde, no Estado do Acre, criado em 2008, o Instituto Curitiba de Saúde, do Município de Curitiba, e o Hospital Municipal Doutor Célio de Castro, em Belo Horizonte, criado em 2014. (Fonseca & Cunha Jr., 2019, p. 2.058).

Isso aconteceu também com o Instituto Hospitalar de Base do Distrito Federal (Lei Distrital n. 5.899/2017). Esses exemplos são instituições sem fins de lucro, de interesse coletivo e de utilidade pública, com controle público, para prestação de assistência qualificada e gratuita à população. A contratação de pessoal por meio de concurso não é obrigatória.

Aqui cabem algumas considerações sobre a natureza dos serviços e da clientela de dois desses serviços sociais autônomos: a Rede Sarah e o Hospital de Base. Apesar de ambos serem referência em traumatologia-ortopedia, o foco da Rede Sarah é reabilitação, atendendo uma clientela no modelo de porta fechada, com atividades, programas e remunerações que atraem profissionais altamente qualificados. Além de recursos do Ministério da Saúde, a Rede tem aportes expressivos por meio de emendas parlamentares. O Hospital de Base é o maior hospital público do Distrito Federal, sendo a maior referência local e do entorno do DF e de outros estados para atendimentos de urgência e emergência envolvendo trauma. É um modelo de porta aberta que, além da área de trauma, está habilitado para realizar cirurgias e tratamentos de um hospital geral, com atendimentos ambulatoriais, oncológicos, com equipamentos de alto custo e atendimentos de alta complexidade. Estabelecer contratos de gestão e indicadores de desempenho para essas duas unidades representa desafios completamente diferentes, bem como níveis de complexidade diversos.

Repassar a gestão de um hospital público geral de grande porte para um contrato de gestão, mesmo que por meio de um SSA 100% SUS, pode trazer riscos de seleção e demanda acompanhamento e monitoramento contínuos. Além disso, assim como em outros casos, há risco de, por motivos de viabilidade ou interesse econômico, o contrato se romper e a questão da absorção das equipes contratadas pelo SSA gerar riscos de continuidade da atenção à população. Essas questões e os riscos de cobertura insuficiente são parte das análises de Andrade e Gonçalves (2019) sobre a eficiência do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF). Com as projeções de aumento da população idosa e de redução do número de beneficiários de planos de saúde, o que causaria maior demanda por serviços públicos, esses autores alertam para a possibilidade de as metas do contrato de gestão indicarem uma produção insuficiente para suprir a demanda por serviços de saúde.

O mais recente serviço social autônomo vinculado ao SUS é a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps), prevista na lei n. 13.948, de 2019, que criou o programa Médicos pelo Brasil e autorizou a instituição da Agência, por meio do decreto n. 10.283, de março de 2020. A Adaps tem como sua finalidade declarada a execução de políticas de desenvol-

vimento da atenção primária, inclusive o Programa Médicos pelo Brasil, com ênfase na saúde da família, nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade. Além disso, incluem-se entre suas prerrogativas a formação de profissionais, a incorporação de tecnologias, a prestação de serviços de atenção primária em caráter complementar aos entes federativos, atividades de ensino, pesquisa e extensão. Para o cumprimento de seus objetivos, pode firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino.

A criação da Adaps comporta um risco de ampliação de processos de privatização da atenção primária à saúde (Giovanella et al. 2019), alguns já observados em unidades locais, como é o caso do Rio de Janeiro. A permissão para contratos com entidades privadas estabelece a possibilidade, inclusive, da contratualização com planos de saúde para prestarem serviços de atenção primária para o SUS. Ao contrário das leis que criaram outros SSA, como Sarah e mesmo o contrato para o Hospital de Base, não há menção a que as unidades contratualizadas com a Adaps sejam 100% públicas ou que os profissionais por ela contratados façam parte de uma carreira com dedicação exclusiva ao SUS. No caso da Adaps, riscos de desvinculação de uma estratégia longitudinal, centrada na família e na comunidade, podem ser reais se a opção for pelos contratos via planos ou por contratualização com instituições privadas (Morosini, Fonseca & Baptista, 2020; Giovanella, Franco & Almeida, 2020).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pese a ampla aceitação do discurso e da prática de parcerias entre os setores público e privado (Saltman, 2003), historicamente há uma distinção entre eles, o primeiro institucionalmente representado pelo governo e o último pelas empresas e instituições sem fins de lucro. As diferenças incluem: os distintos objetivos – o do Estado, em princípio, de redistribuição das riquezas e, nas empresas, o de acumulação; os escopos de atuação – em que a ação é necessária, de um lado, e rentável, do outro; e os resultados esperados – o maior bem coletivo, de um lado, e o melhor desempenho individual, do outro (Boyne, 2002). Essas diferenças fundamentam as distintas estruturas organizacionais e transformam a definição de uma agenda comum em um enorme desafio.

Ainda assim, na trajetória tanto do Inamps quanto do SUS, a participação de prestadores privados é contundente. Trata-se de uma história marcada por conflitos e queixas recíprocas e por apostas em sucessivos modelos de relacionamento ao longo do tempo. Entretanto, as revisões sistemáticas mais recentes sobre modelos de remuneração não apontam impactos substanciais dos vários desenhos de contrato sobre o desempenho de prestadores.

A percepção geral é de que o modelo OSS está consolidado, mas diante de recursos cada vez mais escassos no contexto das políticas de austeridade (Brasil, 2016) os incentivos remuneratórios que caracterizaram os primórdios da era OSS, nos anos 1990, ficarão comprometidos, promovendo mudanças nos perfis e comportamentos dos prestadores. O SUS irá precisar confrontar a perda da atratividade dos contratos que pode oferecer e os riscos que isso engendra, com maior potencial de oportunismo.

De certa forma, é uma história que já vimos ocorrer, quando os modelos de relacionamento e contratação eram outros, ainda na época do Inamps. Níveis de remuneração atrativos são con-

siderados chave para iniciar a negociação, e níveis de remuneração muito baixos atuam como incentivos para queda de qualidade (Kazungu et al., 2018).

A novidade atual são as decisões radicais de operar o SUS via modelos alternativos de gestão. Isso impõe um risco adicional – uma vez perdida a competência organizacional para executar os serviços, é difícil recompô-la. Dependendo da configuração de mercado, o contratante pode ficar, ainda que o desempenho seja subótimo, refém do prestador, por ausência de alternativa (fenômeno do *hold-up*) (Santos, 2012). A crise da saúde no Rio de Janeiro em 2019, quando as OSS deixaram de ser pagas, paralisando o atendimento à população, demonstra bem esse ponto e os riscos da dependência exclusiva de serviços contratados.

Os escândalos envolvendo OSS e outras contratações na área da saúde intensificaram-se e ganharam maior visibilidade na pandemia do Covid-19. Um dos grandes desafios de qualquer modelo de contratualização é a garantia de transparência e regulação adequadas. Há expressões de interações pouco virtuosas (nos dois sentidos) entre representantes do Estado e prestadores privados. Reforçam, além da relevância dos modelos de remuneração, a necessidade de se contar com mecanismos efetivos de regulação, auditoria e fiscalização que encarem o desafio de não comprometer de forma extrema a flexibilidade necessária ao funcionamento ágil das organizações de saúde (Angelis, 2015).

Uma modalidade de prestação de serviços fortemente impulsionada pela pandemia do Covid-19 foi a telemedicina, com crescimento de atendimentos de saúde virtuais. A telemedicina inclui desde propostas simplificadas, como serviços de assinatura para teleatendimento e descontos em consultas e exames a preços extremamente acessíveis (Almeida, 2020), até versões mais avançadas de uso da telemedicina com amplo uso de *big data*. Já são previstos também modelos de atenção que fazem uso intensivo de informação e inteligência artificial para segmentar os pacientes por níveis de complexidade e viabilizar encaminhamentos mais custo-efetivos a serviços presenciais (Sorace, 2020), propondo instalar “modelos de remuneração baseados em conhecimento”.

A atratividade das soluções digitais, ao reduzir a imobilização de capital em capacidade instalada pública ou privada e os próprios custos de operação, não pode ser desprezada em um cenário de forte restrição fiscal. As opções digitais de atendimento podem transformar os modelos de atenção e a dinâmica do SUS de maneiras ainda não imaginadas e acrescentar complexidade aos desenhos remuneratórios e aos mecanismos de monitoramento necessários.

Nessa trajetória, o horizonte, ainda incerto, nos confronta com a perspectiva real de crescente escassez de recursos para financiamento de serviços públicos em geral. A baixa probabilidade de se conseguir contratar serviços de qualidade em um cenário de austeridade fiscal pode nos levar a reeditar a criação de um setor prestador de serviços SUS-dependente, repetindo o que já ocorreu no passado nos convênios com Santas Casas e instituições filantrópicas. A escassez de recursos reservará a prestadores mais qualificados nichos decrescentes de serviços bem remunerados (Santos & Gerschman, 2004).

A história se repete? Parece-nos que os fatores novos poderão ser a revolução digital, como o SUS irá se organizar para assimilá-la e eventuais avanços na questão do financiamento.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, O.; HICKS, V. Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Towards a global health workforce strategy. *Hum Resour Dev J.* v. 4 n. 3.p 1-25. 2000.
- ALMEIDA, M. Porto Seguro entra no segmento de serviço de saúde popular. 21/09/2020. *Exame*, 21 set. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2JSobkJ>>. Acesso em: 28 jan. 2021.
- ANDRADE, B. H. S.; GONÇALVES, A. O. Novo modelo e velhos problemas: a criação de um serviço social autônomo sob a ótica da eficiência. *REAd – Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, v. 25, n. 3, p. 36-61, 2019.
- ANGELIS, C. T. A emergência da reforma do Estado brasileiro: a governança compartilhada e o modelo do novo serviço público. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 45, p. 13-46, 2015.
- ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review* v. 53, n.5, p.941-975, 1963.
- BOVAIRD, T. Public-private partnerships: from contested concepts to prevalent practice. *International Review of Administrative Sciences*, v. 70, n. 2, p. 199-215, 2004.
- BOYNE, G. *Public choice theory and local government*. Basingstoke: MacMillan, 1998.
- BOYNE, G. Public and private management: what's the difference? *Journal of Management Studies*, v. 39, n. 1, p. 97-122, 2002.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. Saúde e previdência: estudos de política social. *Saúde e previdência: estudos de política social*. Monografia. São Paulo, São Paulo, 1981. 226 p.
- BRASIL. Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis n. 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999 (Ementa com redação dada pela Lei nº 13.204, de 14/12/2015). Disponível em: <[L13019 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br)>. Acesso em: 31 jan. 2021.
- BRASIL. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 15 dez. 2016. Disponível em: <[Emenda Constitucional nº 95 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br)>. Acesso em:31 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Economia. *Reconstrução do Estado*. 22 abr. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2JW2jVi>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). *Conquista: governo prorroga prazo para inclusão das organizações sociais nos limites de despesa de pessoal*. 9 jul. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3qvcCk8>>. Acesso em: 12 set. 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Alternativas de gestão de unidades públicas de saúde*. Brasília: Conass, 2015.
- DE ALBUQUERQUE NÓBREGA, T. C. Regulação na contratualização no direito administrativo brasileiro: fomento à segurança jurídica e combate à corrupção. *Revista de Estudos e Pesquisas Avançadas do Terceiro Setor*, v. 4, n. 2, p. 23-42, 2018.
- FAINMAN, E. Z.; KUCUKYAZICI, B. Design of financial incentives and payment schemes in healthcare systems: a review. *Socio-Economic Planning Sciences*, v. 72, p. 100901, 2020.

- FELDMAN, R. The economics of provider payment reform: are accountable care organizations the answer? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 40, n. 4, p. 745-760, 2015.
- FERLIE, E. et al. *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- FONSECA, H. L. P. C.; CUNHA JR., L. A. P. A criação do serviço social autônomo do Instituto Hospitalar de Base como novo modelo de gestão hospitalar do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2.053-2.064, 2019.
- GIOVANELLA, L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00178619, 2019.
- GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1.475-1.482, 2020.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). Natureza jurídica da estrutura organizacional e das competências, 2020. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=9>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- HOOD, C. A public management for all seasons? *Public Administration*, v. 69, n. 1, p. 3-19, 1991.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Regulamento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1973. Disponível em: <<https://bit.ly/39Hlq0p>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- IBGE. Conta-satélite de saúde. 2010-2017. IBGE, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: < IBGE | Biblioteca | Detalhes | Conta-satélite de saúde. Brasil: 2010-2017>. Acesso em: 31 jan. 2021.
- KAZUNGU, J. S. et al. What characteristics of provider payment mechanisms influence health care providers' behaviour? A literature review. *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 33, n. 4, e892-e905, 2018.
- LIAO, J. M.; NAVATHE, A. S.; WERNER, R. M. The impact of Medicare's alternative payment models on the value of care. *Annual Review of Public Health*, v. 41, p. 551-565, 2020.
- LIBERATTI, V. M. et al. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3: e00274105, 2020.
- MATHES, T. et al. Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 7,7 CD011156. 5 Jul. 2019.
- MATHAUER, I. et al. Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 98, n. 2, p. 132-139, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.2471/BLT.19.234153>>. Acesso em: 31 jan. 2021.
- McINTYRE, D.; KUTZIN, J. Revenue collection and pooling arrangements in financing. In Smith, R.D. & Hanson, K. (orgs.). *Health Systems in Low- and Middle-Income Countries: An economic and policy perspective*. University Press Scholarship Online, 2011.
- MORAIS, H. M. M. et al. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, e00194916, 2018.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00040220, 2020.
- OLIVEIRA VIEIRA, J. P. T. *Fragilidades dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no município do Rio de Janeiro*. 140 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 2016.

- PACHECO, H. F. et al. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, p. 585-595, 2016.
- PALMER, N. et al. Contracting out health services in fragile states. *British Medical Journal (BMJ)*, n. 332, p. 1.005-1.020, 2006.
- PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.
- POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. *Public management reform: a comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- PREKER, A. S. Managing scarcity through strategic purchasing of health care. In: PREKER, A. S.; LANGENBRUNNER, J. C. (eds.) *Spending wisely: buying health services for the poor*. Washington D.C.: The World Bank, 2005.
- RAMOS, AP; SETA, MH De. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00089118, 2019.
- RUDIN, Robert S. et al. Paying for telemedicine. *The American Journal of Managed Care*, v. 20, n. 12, p. 983-985, 2014.
- SALGADO, V. A. B. S. Contratualização e modelos institucionais da administração pública. In: MEDINA, J. M. A.; BONIFACIO, J. A. (comp.). *Reformas y gobernabilidad: experiencias nacionales de modernización de la gestión pública*. Cidade da Guatemala: XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 2006. p. 103-124. Disponível em: <<https://bit.ly/3qJgKgo>>. Acesso em: 10 set. 2020.
- SALGADO, V. A. B. S. Modelos jurídico-institucionais de atuação da administração pública e formas de colaboração com entidades civis sem fins lucrativos, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3gAK44b>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- SALGADO, V. A. B. S. *Contratualização no Sistema Único de Saúde*. Monografia do V Curso de Especialização em Direito Sanitário do Instituto de Direito Sanitário Aplicado e Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3721unj>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- SALTMAN, R. B. Melting the public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, v. 13, n. 1, p. 24-29, 2003.
- SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.
- SANTOS, M. A. B. *Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas*. 2012. 144f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública.) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- SANTOS, M. A. B.; SERVO, L. M. S. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços in *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento* (organização: Marques, Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola, e Alejandra Carrillo Roa). Organização Panamericana de Saúde/ Associação Brasileira de Economia da Saúde, Brasília, 2016.
- SANTOS, T. B. S.; DE MATOS PINTO, I. C. Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, v. 16, p. 47-53, 2017.
- SILVA, VM., LIMA, S.M.L; TEIXEIRA, M Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 145-159, Dec. 2015.
- SCHMITZ, P. W. Incomplete contracts, limited liability, and the optimality of joint ownership. *Economics Letters*, v. 183, p. 108558, 2019.
- SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n.114, p. 365-380, 2013.

- SORACE, J. Payment reform in the era of advanced diagnostics, artificial intelligence, and machine learning. *Journal of Pathology Informatics*, v. 11, p. 6, 2020.
- VERKERK EW, TANKE MAC, KOOL RB, VAN DULMEN SA, WESTERT GP. Limit, lean or listen? A typology of low-value care that gives direction in de-implementation. *Int J Qual Health Care*. v.30, n.9, p.736-739. 2018
- WILLIAMSON, O. E. Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *The Journal of Law and Economics*, v. 22, n. 2, p. 233-261, 1979.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *How are hospitals funded and which payment method is best?* 2013. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/hen-summaries-of-network-members-reports/how-are-hospitals-funded-and-which-payment-method-is-best>>. Acesso em: 31 jan. 2021
- YUAN, B. et al. Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 3, n. 3, CD011153, 3 mar. 2017.

Quadro A.1. Estados que instituíram leis estaduais para organizações sociais até 2018

Unidade da Federação	Lei
1. Alagoas	Lei 7.777/16
2. Amapá	Lei 599/01
3. Amazonas	Lei 3.900/13
4. Bahia	Lei Ordinária 8.647/03
5. Ceará	Lei 12.781/97
6. Espírito Santo	Lei Complementar 489/09
7. Goiás	Lei 15.503/05
8. Maranhão	Lei 7.066/98
9. Mato Grosso	Lei Complementar 150/04
10. Mato Grosso do Sul	Lei 4.698/15
11. Minas Gerais	Lei 23.081/18
12. Pará	Lei 5.980/96
13. Paraíba	Medida Provisória 178/11
14. Paraná	Lei Complementar 140/11
15. Pernambuco	Lei 15.210/13
16. Piauí	Lei Ordinária 5.519/05
17. Rio de Janeiro	Lei 5.498/09
18. Rio Grande do Norte	Lei Complementar 27/04
19. Rondônia	Lei 3.122/13
20. São Paulo	Lei Complementar 846/98
21. Santa Catarina	Lei 12.929/04
22. Sergipe	Lei 5.217/03
23. Tocantins	Lei 2.472/11
24. Distrito Federal	Lei 4.081/08

Fonte: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross). Disponível em: <<https://www.ibross.org.br/confira-as-leis-de-estados-e-municipios-que-regulam-as-oss/>>. Acesso em: 8 nov. 2020.

Quadro A.2. Municípios com mais de 100 mil habitantes que instituíram leis para organizações sociais até 2018

Município	Lei
1. Americana/SP	Lei Ordinária 5.087/10
2. Anápolis/GO	Lei 3.429/09
3. Aparecida de Goiânia/GO	Lei 3056/12
4. Aracaju/SE	Lei Ordinária 4.383/13
5. Araçatuba/SP	Lei 7.625/14
6. Araguaína/TO	Lei Complementar 020/14
7. Araguari/MG	Lei Ordinária 5.427/14
8. Araraquara/SP	Lei Ordinária 7.251/10
9. Araucária/PR	Lei 1.856/08
10. Ariquemes/RO	Lei Ordinária 1.499/09
11. Assis/SP	Lei 5.766/13
12. Balneário Camboriú/SC	Lei Ordinária 3.174/10
13. Barra Mansa/RJ	Lei 4.056/13
14. Barretos/SP	Lei Ordinária 4.634/11
15. Barueri/SP	Lei Ordinária 1360/03
16. Bayeux/PB	Lei 1.358/10
17. Belém/PA	Lei Ordinária 8.734/10
18. Belford Roxo/RJ	Lei Complementar 162/14
19. Belo Horizonte/MG	Lei 10.822/15
20. Bento Gonçalves/RS	Lei 4.685/09
21. Birigui/SP	Lei 5.865/14
22. Botucatu/SP	Lei Complementar 617/09
23. Bragança Paulista/SP	Lei Ordinária 4.369/13
24. Camaçari/BA	Lei 1.336/14
25. Camaragibe/PE	Lei 541/13
26. Campina Grande/PB	Lei 5.277/13
27. Campinas/SP	Lei Complementar 101/15
28. Campos dos Goytacazes/RJ	Lei 8.045/13
29. Canoas/RS	Lei Ordinária 5.265/08
30. Caraguatatuba/SP	Lei Ordinária 1.836/10
31. Cariacica/ES	Lei 4.911/12
32. Caucaia/CE	Lei 2.644/15
33. Cotia/SP	Lei Ordinária 1.333/05 e 1.894/15
34. Criciúma/SC	Lei Ordinária 6.473/14
35. Cubatão/SP	Lei Ordinária 2.764/02
36. Cuiabá/MT	Lei 5.500/11
37. Curitiba/PR	Lei Ordinária 9.226/97
38. Divinópolis/MG	Lei Ordinária 7.628/12

Quadro A.2. Municípios com mais de 100 mil habitantes que instituíram leis para organizações sociais até 2018 (cont.)

Município	Lei
39. Embu das Artes/SP	Lei Ordinária 2.847/15
40. Ferraz de Vasconcelos/SP	Lei Ordinária 2.659/05
41. Fortaleza/CE	Lei 10.029/13
42. Foz do Iguaçu/PR	Lei 3.654/09
43. Franca/SP	Lei 7.898/13
44. Francisco Morato/SP	Lei 2.571/11
45. Goiânia/GO	Lei 8.411/06
46. Guarujá/SP	Lei Ordinária 3.825/10
47. Guarulhos/SP	Lei Ordinária 6.863/11
48. Ibité/MG	Lei 2.134/14
49. Ipatinga/MG	Lei Ordinária 2.351/07
50. Itabira/MG	Lei 4.736/14
51. Itaboraí/RJ	Lei 1.690/01
52. Itaguaí/RJ	Lei 3.105/13
53. Itapeverica da Serra/SP	Lei Ordinária 2.359/13
54. Itaquaquecetuba/SP	Lei Ordinária 3.064/13
55. Itatiba/SP	Lei Ordinária 4.299/10
56. Itu/SP	Lei Ordinária 1.190/10
57. Jaboatão dos Guararapes/PE	Lei 633/11
58. Jandira/SP	Lei Ordinária 1.939/11
59. João Pessoa/PB	Lei 12.210/11
60. Joinville/SC	Lei Ordinária 3.876/98
61. Juazeiro do Norte/CE	Lei 4.311/14
62. Juiz de Fora/MG	Lei Ordinária 10.330/02
63. Jundiá/SP	Lei 7.116/08
64. Limeira/SP	Lei 5.491/15 (só para pesquisa científica)
65. Macaé/RJ	Lei 3.712/11
66. Maracanaú/CE	Lei 1.129/06
67. Maricá/RJ	Lei Ordinária 2.363/11
68. Marília/SP	Lei 7.648/14
69. Mauá/SP	Lei Ordinária 4.445/09
70. Mesquita/RJ	Lei Ordinária 605/09
71. Mogi das Cruzes/SP	Lei Ordinária 6.541/11
72. Mogi-Guaçu/SP	Lei Ordinária 6.541/11
73. Natal/RN	Lei Ordinária 6.295/11
74. Niterói/RJ	Lei 2.884/11
75. Novo Hamburgo/RS	Lei 1.407/06

Quadro A.2. Municípios com mais de 100 mil habitantes que instituíram leis para organizações sociais até 2018 (cont.)

Município	Lei
76. Osasco/SP	Lei Ordinária 4.343/09
77. Palhoça/SC	Lei Ordinária 3.806/13
78. Parauapebas/PA	Lei 4.635/15
79. Petrolina/PE	Lei Ordinária 2.079/08
80. Pinhais/PR	Decreto 546/13 e Lei Ordinária 1.000/09
81. Poços de Caldas/MG	Lei Ordinária 8.559/09
82. Porto Seguro/BA	Lei Ordinária 407/01
83. Praia Grande/SP	Lei 1.398/08
84. Presidente Prudente/SP	Lei Ordinária 7.284/10
85. Recife/PE	Lei Ordinária 17.875/13
86. Ribeirão Pires/SP	Lei Ordinária 5.402/10
87. Ribeirão Preto/SP	Lei Complementar 1.233/01
88. Rio de Janeiro/RJ	Lei Ordinária 5.026/09
89. Salto/SP	Lei Complementar 2.632/05
90. Salvador/BA	Lei 8.631/14
91. Santo André/SP	Lei 8.294/01
92. Santos/SP	Lei 2.947/13
93. São Bernardo do Campo/SP	Lei Ordinária 5.628/06
94. São Carlos/SP	Lei Ordinária 14.060/07
95. São Gonçalo/RJ	Lei Ordinária 370/11
96. São José/SC	Lei Ordinária 6.469/03
97. São José do Rio Preto/SP	Lei Ordinária 10.197/08
98. São José dos Campos/SP	Lei 6.469/03
99. São Paulo/SP	Lei 14.132/06
100. Sertãozinho/SP	Lei Ordinária 5.140/10
101. Sete Lagoas/MG	Lei Ordinária 6.755/03
102. Sobral/CE	Lei 261/00
103. Sorocaba/SP	Lei Ordinária 9.807/11
104. Taboão da Serra/SP	Lei Ordinária 1.935/10
105. Tatuí/SP	Lei 4.318/10
106. Teresina/PI	Lei 3.863/09
107. Ubá/MG	Lei Ordinária 3.858/10
108. Uberaba/MG	Lei 11.840/13
109. Uberlândia/MG	Lei Ordinária 7.579/00
110. Várzea Grande/MT	Lei 4.104/15
111. Vila Velha/ES	Lei Ordinária 5.195/11

Fonte: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross). Disponível em: <<https://www.ibross.org.br/confira-as-leis-de-estados-e-municipios-que-regulam-as-oss/>>. Acesso em: 8 nov. 2020.