



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Departamento de Economia Programa de Pós-Graduação em Economia

Avaliação de Impacto da Gestão de OSS em Hospitais Sobre a Taxa de Mortalidade por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Nicolas Nascimento Monteiro da Silva

Brasília – DF

2024

Nicolas Nascimento Monteiro da Silva

Avaliação de Impacto da Gestão de OSS em Hospitais sobre a Mortalidade por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Economia, Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Economia.

Orientador: Prof. Dr. Michael Christian Lehmann

Brasília – DF

2024

Agradecimentos

Agradeço ao meu pai, Gilmar, por ter viabilizado minha ida a Brasília para cursar o mestrado na UnB, e à minha mãe, Lucineide, pelo apoio na decisão tomada e pelo incentivo ao longo da vida com relação aos estudos. Agradeço ao professor Michael Christian Lehmann pela solicitude e pelas sugestões para a realização deste trabalho. Também agradeço ao professor Rafael Terra pelas valorosas sugestões dadas para a realização desta dissertação.

Agradeço também ao professor Paulo Cesar Coutinho, que me proporcionou a oportunidade de participar de um projeto de pesquisa que foi um divisor de águas na minha trajetória profissional. Nesse projeto, conheci Alexandre Ywata, que se tornou um grande amigo e sempre demonstrou confiança no meu trabalho. Sou profundamente grato por essas experiências e pelas amizades construídas ao longo desse caminho.

RESUMO

Este trabalho consiste em uma avaliação de impacto da adoção do modelo de gestão por Organização Social de Saúde (OSS) em unidades hospitalares. Esse modelo de gestão, preconizado na Lei nº 9.637/98, foi concebido como reflexo da mudança de paradigma decorrente da Nova Administração Pública e apresenta-se como uma alternativa à rigidez estatal quanto à provisão de políticas públicas, buscando maior eficiência ao estabelecer parcerias entre o Poder Público e o Terceiro Setor na provisão de bens e serviços não exclusivos do Estado. Desenvolveu-se um modelo econométrico de *Diferenças-em-Diferenças* com *two-way fixed effects*, ao nível da unidade hospitalar e ano, com o objetivo de estimar o efeito da implementação da gestão por OSS sobre a taxa de mortalidade por Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Adicionalmente, foi aplicado o modelo *Staggered Differences-in-Differences* como um teste de robustez para validar os resultados e garantir que os efeitos observados fossem consistentes ao longo do tempo, considerando as diferentes datas de adoção do tratamento. Os resultados estimados apontam que a gestão por OSS contribuiu significativamente para a redução da taxa de mortalidade por Condições Sensíveis à Atenção Primária, tanto no modelo sem variáveis de controle quanto no modelo com essas variáveis. Esse resultado corrobora a hipótese de que a gestão por OSS é mais eficiente nos aspectos gerenciais que se refletem nos indicadores de saúde, em que esse grupo de diagnósticos principais indica enfermidades que são passíveis de recuperação clínica quando seguidos diversos procedimentos no âmbito da Atenção Básica, como medidas preventivas, diagnóstico correto e tratamento adequado. Assim, o estudo constitui uma contribuição significativa à literatura sobre os impactos desse modelo de gestão, corroborando a hipótese de que o Estado, ao deixar de ser um provedor direto de políticas públicas e assumir um papel de regulador, pode obter resultados mais eficientes no âmbito da provisão de políticas públicas.

Palavras-chave: Organização Social de Saúde; Administração Pública; Nova Administração Pública; Terceiro Setor; Diferenças-em-Diferenças.

ABSTRACT

This study consists of an impact evaluation of the adoption of the Social Health Organization (OSS) management model in hospital units. This management model, established by Law No. 9,637/98, reflects the paradigm shift brought by New Public Management and presents itself as an alternative to the rigidity of the state in the provision of public policies, seeking greater efficiency by establishing partnerships between the Public Sector and the Third Sector in the provision of non-exclusive public goods and services. A Difference-in-Differences econometric model with two-way fixed effects, at the hospital unit and year level, was developed to estimate the effect of the OSS management implementation on the mortality rate from Primary Care Sensitive Conditions (PCSC). Additionally, a Staggered Differences-in-Differences model was applied as a robustness test to validate the results and ensure that the observed effects were consistent over time, accounting for the different adoption dates of the treatment. The estimated results indicate that OSS management contributed significantly to the reduction of the mortality rate from PCSC, both in the model without control variables and in the one with them. This finding supports the hypothesis that OSS management is more efficient in managerial aspects, which are reflected in health indicators, where this group of primary diagnoses refers to conditions that are clinically recoverable when proper procedures are followed within Primary Care, such as preventive measures, correct diagnosis, and adequate treatment. Thus, the study constitutes a significant contribution to the literature on the impacts of this management model, reinforcing the hypothesis that the State, by ceasing to be a direct provider of public policies and assuming the role of a regulator, can achieve more efficient results in the provision of public policies.

Keywords: Social Health Organizations; Public Administration; New Public Management; Third Sector; Differences-in-Differences

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AD – Administração Direta

AED – Análise Envoltória de Dados

AME – Ambulatórios Médicos de Especialidade

CF – Constituição Federal

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CLT – Consolidação das Leis de Trabalho

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras

CSLL – Contribuição sobre o Lucro Líquido

CSO – Organização da Sociedade Civil

DiD – *Difference-in-Differences*

ESF – Estratégia Saúde da Família

GEESC – CEDEPLAR/UFMG - Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade

HHM – Santas Casas da Misericórdia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBROSS – Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

INGOs – Organizações Não Governamentais Internacionais

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano

LC – Lei Complementar

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

NHS – Serviço Nacional de Saúde

NPM – *New Public Management*

NPO – Organização Sem Fins Lucrativos

ONA – Organização Nacional de Acreditação

ONG – Organização Não Governamentais

OS – Organização Social

OSS – Organização Social de Saúde
PES – Planos Estaduais Plurianuais de Saúde
PPP – Parceria Público-Privada
RCT – *Randomized Controlled Trial*
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
TSE – Tribunal Superior Eleitoral
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UPA – Unidades de Pronto Atendimento
UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número de Hospitais Gerais e Hospitais Especializados por ano de 2006 a 2022	60
Figura 2 – Número de Hospitais Gerais e Hospitais Especializados por ano das Unidades com transição identificada para OSS	61
Figura 3 – Efeito médio do tratamento das unidades tratadas por ano de início do tratamento – modelo staggered DiD	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária	31
Quadro 2 – Comparação entre os modelos de gestão pelos componentes organizacionais	35
Quadro 3 – Fontes de dados utilizadas	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Impacto da Gestão por OSS na Taxa de Óbitos de Condições Sensíveis à Atenção Primária por Total de Internações Hospitalares	62
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E MODELOS DE GESTÃO.....	17
2.2	ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE (OSS).....	21
2.3	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	30
3	EFICIÊNCIA DA GESTÃO POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)	34
3.1	COMPARAÇÃO ENTRE MODELOS DE GESTÃO (ADMINISTRAÇÃO DIRETA VS. OSS).....	34
3.2	AVALIAÇÕES DE EFICIÊNCIA E A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL	39
4	METODOLOGIA	53
4.1	ESTRATÉGIA EMPÍRICA.....	53
4.2	DADOS	57
5	RESULTADOS	62
6	CONCLUSÃO	66
	REFERÊNCIAS:	70

1 INTRODUÇÃO

O papel do Estado como provedor de políticas públicas essenciais, como educação, saúde, seguridade social, entre outras, é mais fortemente marcado a partir do período que ficou conhecido como entre guerras. Além disso, o período posterior à Segunda Guerra Mundial é caracterizado por forte crescimento econômico, sendo marcado por baixa taxa de desemprego em praticamente todos os países desenvolvidos (Therborn; Roebroek, 1986). O período entre as décadas de 1940 e 1960 marca o auge do que se passou a chamar de Estado de bem-estar social, também conhecido como “era dourada do capitalismo”, caracterizado por uma situação de garantias sociais e níveis de emprego próximos ao pleno emprego (Vicente, 2009).

No que se refere ao Estado de bem-estar social, podemos distinguir dois tipos abrangentes de arranjos principais de despesas governamentais: i) o primeiro, no qual os benefícios são entregues em dinheiro diretamente às famílias, como políticas de transferências de renda; ii) o segundo, por meio de subsídios ou da provisão direta de serviços por parte do poder público, como educação, saúde e outras políticas sociais (Lindbeck, 2006).

A adoção dessas políticas de bem-estar social está fortemente fundamentada em princípios distributivos. Entre esses princípios, podemos destacar: i) no contexto de políticas voltadas para o combate à pobreza, é comum citar o altruísmo genuíno ou o interesse próprio esclarecido, que inclui o desejo de reduzir externalidades negativas, como a criminalidade urbana e a degradação de bairros, além da noção de transferências entre gerações, especialmente para os mais velhos, como no caso de sistemas de pensão por repartição (*pay-as-you-go*); ii) os sistemas de seguro social, como geralmente são estruturados, podem reduzir a dispersão *ex-ante*, já que raramente são atuarialmente equitativos. A crença de que uma segurança de renda mais elevada e desigualdade reduzida favorecem, até certo ponto, a coesão social é amplamente difundida e vista como benéfica para o crescimento econômico (Lindbeck, 2006).

Em decorrência desse aparato de políticas públicas que passou a ser provido pelo Estado, houve um maior comprometimento do orçamento dos países com esse tipo de serviço. Em países como Dinamarca, Itália, Holanda e Suíça, o gasto público cresceu mais na década de 1970 do que em todo o período de 1913 a 1960. Na Bélgica e nos Países Baixos, as despesas com bem-estar social representaram mais de 50% de todas as despesas públicas em 1960. Nesse período, houve um fortalecimento do aparato público de provisão de serviços essenciais, que pode ser refletido no aumento do emprego público, onde nos países escandinavos os funcionários alocados nos setores de educação, saúde e cuidados pessoais representavam mais de dois terços de todo o quadro de funcionalismo público desses países (Therborn; Roebroek, 1986).

Por volta da década de 1970, sobretudo em decorrência das duas Crises do Petróleo de 1973 e 1979, que desencadearam uma crise econômica acentuada em diversos países, houve um comprometimento da capacidade do Estado de financiar essas políticas de bem-estar social, colocando em xeque a questão da participação do Estado como gestor e provedor de políticas públicas (Vicente, 2009). A crise do Estado pode ser analisada a partir de três aspectos principais: i) crise fiscal; ii) esgotamento do modelo em que o Estado é um executor de políticas públicas; e iii) crise da capacidade do Estado de administrar e executar políticas públicas, devido às disfunções da burocracia estatal (MARE, 1995).

A expansão do Estado de bem-estar social começou a ser ameaçada em um momento crítico, no qual a carga tributária atingiu níveis muito elevados, comprometendo indicadores fundamentais do setor privado, como a taxa de lucratividade (Vicente, 2009).

No bojo da crise do Estado de bem-estar social, surge uma perspectiva mais liberal na economia, especialmente no que diz respeito à administração pública. Essa nova abordagem, denominada *New Public Management* (NPM), ou Nova Administração Pública, emerge como resposta às ineficiências inerentes ao setor público tradicional, caracterizado por uma burocracia

centralizada, de baixa performance, falta de *accountability* e corrupção generalizada (Kalimullah et al., 2012). A NPM busca modernizar o setor público, aproximando-o de métodos gerenciais típicos do setor privado, com foco em resultados, eficiência e controle de recursos. Entre os princípios dessa abordagem, destacam-se a ênfase no controle por resultados e a introdução de competição na prestação de serviços públicos, visando reduzir custos e melhorar a qualidade. Além disso, a NPM defende a separação entre as fases de formulação de políticas e execução, promovendo a descentralização das atividades e a criação de unidades gerenciais mais autônomas. A adoção de práticas gerenciais do setor privado, como metas explícitas de desempenho e incentivos baseados em resultados, visa transformar a administração pública em um sistema mais ágil e orientado ao cliente, em que a prestação de contas é mais direta e transparente. Nesse contexto, o Estado deixa de ser o provedor direto de serviços e passa a assumir um papel de regulador e facilitador, delegando ao mercado e a organizações privadas a responsabilidade de fornecer certos bens e serviços à sociedade (Kalimullah et al., 2012).

A teoria da NPM emerge também no Brasil como uma visão alternativa do papel do Estado, em que novos modelos de gestão com maior participação do setor privado ajudariam a superar os entraves da administração pública. Essa teoria foi concretizada no Brasil na Reforma Gerencial de 1995, inicialmente definida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995). Com a constatação da ineficiência no serviço público brasileiro, essa reforma foi adotada com base nos seguintes pilares: i) descentralização dos serviços sociais para estados e municípios; ii) delimitação mais precisa da área de atuação do Estado no que tange às políticas públicas, em que as atividades sociais e científicas passariam a ser delegadas ao setor público não estatal, e a produção de bens e serviços, ao setor privado; iii) distinção entre as atividades do núcleo estratégico, que devem ser efetuadas por políticos e altos funcionários, e a prestação de serviço, que pode ser realizada mediante contratações com entidades pertencentes ao Terceiro Setor; iv) separação das etapas referentes à formulação de políticas públicas e sua execução; v) maior autonomia para as atividades executivas exclusivas do Estado, que passarão a adotar a forma de

agências executivas; vi) maior autonomia para serviços sociais e científicos que o Estado provê, que deverão ser transferidos para as Organizações Sociais; vii) assegurar a responsabilização (*accountability*) por meio da administração por objetivos, mediante a criação de quase-mercados e outros mecanismos que permitam maior controle da sociedade civil, concomitantemente a um aumento da transparência no setor público (Bresser-Pereira, 1999).

As Organizações Sociais (OSs) surgem nesse contexto de redefinição do papel do Estado no tocante às políticas públicas, como entes do Terceiro Setor que assumem a gestão e a provisão de determinados bens e serviços não exclusivos do Estado. As OSs são um modelo de organização pública não estatal destinado a absorver atividades publicizáveis. Em linhas gerais, as OSs têm o propósito de permitir e incentivar a publicização, ou seja, a produção, sem finalidades lucrativas, pela sociedade, de bens ou serviços públicos não exclusivos do Estado. Esse modelo de gestão, que incorpora a sociedade civil na administração pública, objetiva atenuar as disfunções operacionais do Estado, visando maximizar os resultados operacionais da ação social. O Estado continua fomentando as atividades publicizáveis e exerce sobre elas controle estratégico ao estipular resultados a serem atingidos por meio das políticas públicas delegadas às OSs, por meio do contrato de gestão, instrumento jurídico que regula as ações das OSs e pactua as metas a serem atingidas (MARE, 1995).

Dessa forma, a ascensão das OSs está respaldada na NPM, na qual elementos associados a mecanismos de estímulos são adotados, tais como: a flexibilização de regras; metas estabelecidas em contrato; mecanismos de mercado ou quase-mercado na provisão de serviços públicos; mecanismos de *accountability* para permitir maior transparência e controle pela sociedade civil; e a mudança de perspectiva em relação ao beneficiário da política, que passa a ser visto como cliente (Mills, 1998).

Este trabalho se propõe a avaliar o impacto da adoção da gestão em unidades hospitalares por Organização Social de Saúde (OSS) sobre indicadores de mortalidade por Internações por Condições Sensíveis à Atenção

Primária (ICSAP). A hipótese é de que a gestão por OSS, devido aos seus mecanismos de estímulo ligados ao mercado e à maior flexibilidade, é mais eficiente nos processos gerenciais e, por conseguinte, impacta positivamente os indicadores de saúde da população atendida nos hospitais geridos por essas organizações, em comparação com os hospitais geridos pela Administração Direta (AD). Além desta Introdução, a seção 2 apresenta uma discussão teórica sobre as diferentes terminologias utilizadas neste trabalho, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus diferentes modelos de gestão, a definição de Organizações Sociais propriamente ditas e a definição de ICSAP, um indicador amplamente utilizado em avaliações de impacto em saúde pública, dado que se refere a enfermidades passíveis de tratamento no âmbito da Atenção Básica (AB) por meio de medidas adequadas de prevenção, diagnóstico e tratamento. A seção 3 apresenta uma distinção detalhada dos modelos de gestão por OSS e AD, diferenciando-os nos principais aspectos que os caracterizam, permitindo elucidar os mecanismos pelos quais o modelo de OSS pode apresentar melhores resultados. Além disso, este trabalho discute alguns estudos que empreenderam a avaliação de eficiência em gestão hospitalar por OSS em comparação ao modelo de gestão por AD no Brasil, bem como estudos internacionais que realizaram avaliação de impacto da implementação de gestão por entidades do Terceiro Setor. A seção 4 descreve a metodologia utilizada para a realização deste exercício econométrico, com uma discussão detalhada dos modelos de *Differences-in-Differences* com *two-way fixed effects* e *staggered DiD*, além dos dados utilizados neste estudo, com suas respectivas fontes e estatísticas descritivas. A seção 5 apresenta os resultados dos modelos econométricos, acompanhado da discussão desses achados. Por fim, a seção 6 apresenta as conclusões do estudo.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DE LITERATURA

A gestão em saúde é um tema de grande importância, tendo em vista a demanda crescente por esses serviços, em decorrência da mudança no perfil demográfico da população, em que há um aumento da proporção de pessoas de idade mais avançada, concomitante à redução na proporção da população mais jovem. Essa alteração no formato da pirâmide etária resulta em maior pressão por serviços de saúde, com uma mudança no perfil epidemiológico da população e maior prevalência de doenças crônicas em detrimento de doenças infecciosas. Esse cenário coloca maior ênfase na capacidade gerencial das unidades de saúde que integram o SUS, considerando que a demanda por esses serviços cresce mais do que o aporte de recursos alocados para sua prestação. Dessa forma, o debate em torno da gestão, da qualidade dos serviços prestados e do papel dos hospitais no sistema de saúde é um tópico de grande relevância, para que os recursos alocados na prestação desses serviços gerem os melhores resultados possíveis no âmbito da saúde pública (Chaves et al., 2021).

Esta seção explora os principais temas teóricos abordados neste estudo. A subseção 2.1 trata do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos diferentes modelos de gestão que o compõem. A subseção 2.2 apresenta a noção de Terceiro Setor e como as Organizações Sociais de Saúde (OSSs) emergem como um modelo de parceria com o setor público, que se difundiu largamente no Brasil ao longo das últimas décadas. Por fim, a subseção 2.3 apresenta o conceito de Internação por Condição Sensível à Atenção Primária (ICSAP), seus diagnósticos primários e sua importância na literatura que avalia o impacto em saúde.

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS) e Modelos de Gestão

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito fundamental de todo cidadão brasileiro, delegando a todos os entes federativos a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde à população (BRASIL, 1988).

A criação do SUS deu-se em um contexto histórico no qual foi assegurada uma série de direitos à população, como o acesso universal e gratuito à saúde pública, em um cenário de crise financeira e redefinição do papel do Estado na economia. Nesse contexto, o SUS foi implantado com grande ênfase na descentralização das ações de saúde para a esfera pública municipal e, posteriormente, com a expansão em grande escala dos serviços de atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Paralelamente, diversos arcabouços foram criados para limitar a capacidade do Estado de expandir gastos, como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que desconsiderava a necessidade de contratação de pessoal para suprir o aparato de saúde criado através do SUS. Dessa forma, buscando atender às necessidades do SUS, alternativas foram criadas para garantir a expansão da provisão de serviços de saúde mediante parcerias firmadas com instituições do Terceiro Setor. Além disso, a descentralização da ação estatal possibilitaria ao Estado suprir, em maior volume e de maneira mais eficiente, uma série de políticas públicas, ao incorporar uma série de incentivos a uma gestão eficiente (Silva et al., 2016).

O SUS é composto por múltiplos entes federativos, que têm a responsabilidade de garantir que o direito constitucional de assistência à saúde da população seja ofertado de maneira universal e gratuita. Estes têm entre suas atribuições gerir, manter e prestar os serviços de saúde de maneira direta ou indireta, aquele por meio de ação direta do Estado, e este por meio de parcerias com o Terceiro Setor (Ravioli; Soárez; Scheffer, 2018). Os fundamentos constitucionais do SUS estão expressos na Seção II do título VIII da Constituição Federal (CF) de 1988, que trata da Seguridade Social. Essa seção estabelece as diretrizes básicas relacionadas aos direitos dos usuários, aos deveres do Estado; às diretrizes de organização do sistema; aos mecanismos de financiamento, ao papel da iniciativa privada e de empresas de capital estrangeiro na provisão de serviços de saúde, às atribuições gerais do sistema, entre outros fatores atinentes ao tema (CONASS, 2015). No que se refere à universalidade e gratuidade do SUS:

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios do SUS e a regulamentação da lei estabelece que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (CONASS, 2015, p.31).

A prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS pode ser feita mediante diversos modelos de gestão. O Estado pode prover esses serviços de maneira direta, em qualquer esfera do poder Executivo, seja federal, estadual e municipal, além de delegar ou transferir a titularidade ou a execução desses serviços para a administração indireta, que contempla diferentes naturezas jurídicas, entre as quais: autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. Outra modalidade, que é o foco deste trabalho, abrange a incorporação da administração privada complementar, mediante contratos de gestão firmados com Organizações Sociais, além de associações civis sem fins lucrativos, fundações privadas ou empresas privadas (Ravioli; Soáres; Scheffer, 2018). O foco deste trabalho recai sobre os contratos de gestão firmados entre o Estado e as OSSs.

Embora a concepção do SUS tenha ocorrido na CF de 1988, uma série de mudanças viabilizou a implementação desse sistema, com destaque para as medidas implementadas entre 1994 e 2002. Destaca-se a Reforma Gerencial do Brasil, realizada em 1995, que redefiniu o papel do Estado no âmbito das políticas públicas. Por meio dessa reforma, houve uma mudança de enfoque do papel do Estado, de executor direto dessas políticas para um papel mais voltado à regulação das parcerias firmadas entre o setor público e o Terceiro Setor. No entanto, destaca-se que o Estado ainda mantinha um papel de financiador dessas políticas, pois essas parcerias tinham um propósito de delegar a gestão operacional dessas ações ao setor privado, cabendo ao Estado o papel de

regulador e observador das metas estabelecidas em contrato, bem como o financiamento dessas políticas (Bresser-Pereira, 1999).

No tocante ao financiamento do SUS, em sua concepção inicial, este é financiado por meio do Orçamento da Seguridade Social, que engloba serviços de saúde, previdência e assistência social. Especificamente em relação ao financiamento em saúde, as principais fontes de recursos são provenientes de Contribuição Sobre o Lucro Líquido (CSLL) e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), pagas pelas empresas à União. A questão do financiamento do SUS é um tema historicamente controverso, que desencadeou a criação de diversos dispositivos para viabilizar esse financiamento ao longo dos anos, abrangendo os mecanismos de financiamento dos diferentes entes federativos, seja federal, estadual ou municipal. A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPFM), em outubro de 1996 (Lei 9.311), teve participação decisiva do Ministro da Saúde da época e possibilitou recursos adicionais para implementar mecanismos estratégicos que ordenaram a transferência de recursos federais para os estados e municípios, que tinham assumido um papel relevante na formulação e implementação das políticas de saúde (Médici, 2011). Também é possível destacar a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000, e sua regulamentação em 2012, por meio da Lei Complementar (LC) nº 131/2012 e do Decreto nº 8.827/2012, que estabeleceram os percentuais de aplicação de recursos mínimos em serviços públicos de saúde pelos três entes federativos no SUS, assim como as despesas para o que são chamadas de ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração desses recursos minimamente estipulados.

Apesar dos dispositivos supracitados que tratam do financiamento do SUS, ainda há grande discussão sobre o montante de recursos disponíveis e a eficiência de seus gastos. Dessa forma, avaliar a eficiência tanto dos recursos aportados nas políticas de saúde quanto das diferentes formas de gestão contempladas pelo SUS torna-se de suma importância para a viabilidade do sistema.

O contexto histórico no qual a ascensão das OSSs está inserida advém da emergência de um novo ente no que antes era caracterizado como um cenário de dois agentes principais: o Estado e o mercado, representando, respectivamente, o Primeiro e o Segundo Setor. Nesse contexto, outro agente, não governamental e não lucrativo, organizado e independente, chamado Terceiro Setor, ganha preponderância na provisão de serviços de saúde. Esse fenômeno pode ser definido como a conjunção de um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos, caracterizados como não lucrativos e voltados às necessidades coletivas. O pressuposto geral desse princípio é que a esfera pública não se restringe unicamente à ação estatal, mas inclui a ação de entes da sociedade civil (Fernandes, 1994).

2.2 Organização Social de Saúde (OSS)

As Organizações Sociais (OSs) são parte integrante do Terceiro Setor, caracterizando-se por serem entidades sem fins lucrativos que atuam na prestação de serviços públicos, com foco em atividades de interesse coletivo, como a saúde. Surgidas em um contexto de reforma administrativa, no qual o Estado busca maior eficiência na gestão de políticas públicas, as Organizações Sociais de Saúde (OSSs) destacam-se como um modelo que combina a flexibilidade da iniciativa privada com a responsabilidade social do setor público no âmbito das políticas de saúde.

Segundo Corry (2010), a definição de Terceiro Setor envolve alguns desafios, na medida em que, muitas vezes, é considerado apenas uma categoria residual, que não se enquadra no Primeiro Setor, constituído pelas instituições de Estado, e no Segundo Setor, caracterizado pelo mercado. Dessa forma, a ausência de uma definição mais sistemática de suas atribuições e características torna a definição desse setor mais difícil de generalização. Contudo, ele apresenta características próprias, como a participação voluntária, a motivação baseada em valores e a independência em relação a estruturas de poder mais institucionalizadas.

Algumas definições de Terceiro Setor partem de premissas básicas, segundo as quais, se algo não é governado principalmente pela lógica de mercado nem por uma cadeia de comando burocrática estatal, deve ser categorizado como integrante do Terceiro Setor (Corry, 2010).

No entanto, ainda partimos de uma definição por exclusão daquilo que não é, ao invés de caracterizar o Terceiro Setor a partir dos atributos que o compõem. Salomon e Anheier (1997) levantam alguns pontos que caracterizam o Terceiro Setor. Primeiramente, ele é composto por instituições organizadas e, como tal, possuem uma realidade institucional. É composto por instituições privadas, ou seja, institucionalmente separadas do governo. Além disso, não distribuem lucros, ou seja, não há retorno de qualquer lucro gerado nas diversas atividades que empreendem direcionado a seus proprietários ou corpo diretivo. São autônomas, ou seja, controlam suas próprias atividades. Por fim, envolvem algum grau de participação voluntária, seja na condução das atividades da organização ou na gestão de assuntos internos.

O escopo de atuação do Terceiro Setor abrange organizações que se dedicam exclusivamente a causas sociais, promovendo ações sem fins lucrativos e gerando bens e serviços voltados ao interesse público. Ao contrário do Primeiro Setor, representado pelo governo e tradicionalmente responsável por questões sociais, e do Segundo Setor, composto por empresas privadas com fins lucrativos, o Terceiro Setor foca em atender populações que não conseguem acessar serviços públicos ou contratar serviços privados. Dentro desse setor, encontram-se diversas instituições, como Organizações Não Governamentais (ONGs), entidades beneficentes, centros sociais, instituições religiosas, grupos de autoajuda, empresas sociais e clubes de serviço. Um aspecto marcante dessas organizações é a forte dependência de voluntários, que colaboram para suprir lacunas deixadas tanto pelo governo quanto pela iniciativa privada, atuando, assim, em prol de comunidades mais vulneráveis (Santos, 2012; Corry, 2010).

Segundo Kallman e Clark (2016), em geral, os tipos de organizações associados ao Terceiro Setor, mais destacadamente, são as CSOs

(organizações da sociedade civil), NPOs (organizações sem fins lucrativos), NGOs (organizações não governamentais), INGOs (organizações não governamentais internacionais) e associações formais e informais. Suas áreas de atuação variam amplamente, atuando como organizações de assistência e bem-estar, organizações de inovação, organizações de serviço público, desenvolvimento econômico, mobilização popular, grupos de defesa e redes sociais.

Dentre os diferentes tipos de organizações que compõem o Terceiro Setor, destacam-se as organizações sem fins lucrativos. Essas instituições privadas atuam em benefício do interesse público, sem distribuir lucros a seus membros ou acionistas. Elas emergem como uma resposta às falhas do governo e do mercado em fornecer serviços adequados, especialmente em áreas como saúde, educação e meio ambiente. Essas organizações buscam suprir as lacunas em serviços essenciais, oferecendo suporte a populações marginalizadas ou a causas que recebem pouca atenção do setor público ou privado. Além disso, desempenham um papel crucial na sociedade contemporânea, contribuindo para o desenvolvimento social e econômico e promovendo mudanças em áreas negligenciadas (Bartosova; Podhorska, 2021).

As autoras destacam a diferença que há nessas organizações a depender do país de atuação. O trabalho realiza um estudo comparativo entre a atuação dessas organizações nos Estados Unidos e na Europa. Nos Estados Unidos, essas organizações tendem a operar de forma mais independente, com grande parcela de seu financiamento proveniente do setor privado e de doações. O modelo americano enfatiza o voluntariado e o empreendedorismo social, com menos dependência de financiamento estatal. Em contrapartida, na Europa, o setor sem fins lucrativos apresenta uma forte interdependência com o setor público, recebendo apoio financeiro direto dos governos para a implementação de políticas sociais. Países como a Alemanha e a França exemplificam esse modelo, onde as ONGs são vistas como parceiras estratégicas do Estado na execução de serviços sociais (Bartosova; Podhorska, 2021).

No Brasil, o conceito de Terceiro Setor foi moldado principalmente por necessidades sociais e pela ineficiência do Estado em algumas áreas. A legislação brasileira reconhece essas organizações como fundamentais para o desenvolvimento social, embora ainda existam lacunas no marco regulatório que dificultam seu fortalecimento e a transparência de suas atividades. Essas entidades operam de maneira independente, mas frequentemente recebem incentivos fiscais e recursos públicos para a execução de suas ações. No contexto brasileiro, define-se o Terceiro Setor como o conjunto de entidades privadas que operam com interesses públicos, sem fins lucrativos, e que têm como objetivo principal promover o bem-estar social. Essas organizações mantêm uma relação simbiótica com o setor público, complementando as atividades governamentais, mas mantendo sua autonomia e gestão próprias, abrangendo instituições que buscam atender a necessidades coletivas, cujos principais exemplos incluem associações civis, fundações e organizações religiosas (Grazzioli et al., 2015).

Um dos principais expoentes do Terceiro Setor no Brasil são as OSs. A Organização Social não constitui um novo ente administrativo. Ela é um título, uma qualificação, que a Administração Pública outorga a uma entidade privada, sem fins lucrativos, com o intuito de que possa receber determinados benefícios por parte do Poder Público, entre os quais dotações orçamentárias, isenções fiscais, entre outros, para a realização de atividades que atendam ao interesse coletivo e que sejam não exclusivas do Estado (Meireles; Burle Filho, 2016).

As OSs são, portanto, pessoas jurídicas de Direito Privado, que podem já existir ou ser criadas com o propósito de receber o título de OS e prestar serviços que atendam ao interesse público. Essas organizações precisam cumprir um conjunto de requisitos legais, como: i) não podem ter finalidade lucrativa, e quaisquer eventuais excedentes financeiros devem ser reaplicados em suas atividades; ii) fim social de interesse coletivo, atuando em áreas previstas na lei, como educação, saúde, cultura, entre outras; iii) possuir órgãos diretivos colegiados, com participação de representantes do Poder Público e da Sociedade Civil; iv) publicidade de seus atos; v) submissão ao controle do Tribunal de Contas no tocante aos recursos repassados pelo ente federativo; vi)

celebração de um contrato de gestão com o Poder Público, para a formação da parceria e a fixação de metas a serem atingidas e controle de resultados (Meireles; Burle Filho, 2016).

As OSs, portanto, constituem um dos possíveis arranjos existentes dentro do Terceiro Setor. A ascensão das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) ocorre nesse contexto, sendo uma das possibilidades em termos de parceria entre o Estado e entidades do Terceiro Setor na provisão de serviços de saúde. Mediante um contrato de gestão, definem-se as metas e os objetivos a serem alcançados em termos gerenciais. Os contratos de gestão são instrumentos legais de parceria entre o setor público e a iniciativa privada, pelos quais são fixados os direitos e deveres para a realização dos objetivos pactuados, formatados em metas quantitativas e indicadores de desempenho (CGE RJ, 2019).

O contrato de gestão busca estabelecer objetivos, metas e indicadores que deverão ser observados na avaliação de desempenho dessas organizações, além de definir as responsabilidades do contratante quanto a compromissos assumidos no que tange às transferências de recursos financeiros realizadas pelo ente público. As metas e indicadores pactuados no contrato entre a parte contratante e a contratada são fundamentalmente baseadas na avaliação da capacidade instalada das unidades e na série histórica da produção dessas unidades de saúde (Barbosa; Elias, 2010).

Uma questão crucial sobre os contratos de gestão é a ausência de estudos técnicos preliminares para o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas, o que compromete a precisão das metas pactuadas. Há situações nas quais os contratos não apresentavam fundamentos claros para definir as metas assistenciais e o valor máximo de custeio. Além disso, identificou-se uma redução do volume de serviços ofertados à população em diversas unidades de saúde geridas pelas OSSs no estado do Rio de Janeiro, mesmo com o aumento dos custos de manutenção. Mais especificamente, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio de Janeiro estabeleceu metas iguais de 300 atendimentos diários para todas as unidades de saúde. No entanto, a SES, enquanto gestora

direta das unidades de saúde, realizou uma média de 5.834 atendimentos diários em 2009 e 5.848 em 2010. Por conseguinte, nos anos de 2012 e 2013, em decorrência da transferência da gestão para as OSSs, o estabelecimento da meta diária de 300 atendimentos por unidade resultou na redução de aproximadamente 450 atendimentos diários (CGE RJ, 2019).

Da Silva et al. (2018) analisam irregularidades em contratos de gestão de OSSs com unidades hospitalares no estado da Paraíba, como a movimentação indevida de recursos para contas não previstas nos contratos, aquisição de bens e serviços com desvio de finalidade e despesas insuficientemente comprovadas. Além disso, os demonstrativos contábeis das OSSs não atenderam às exigências do Manual de Análise de Prestação de Contas da Controladoria Geral do Estado, com inconsistências nos contratos analisados. Os autores apontam que o controle interno do órgão supervisor deve adotar medidas corretivas, bem como estabelecer procedimentos de controle para mitigar a ocorrência de irregularidades nos contratos de gestão.

Conforme o art. 8º da Lei Federal n. 9.637, cabe ao ente federativo da área de atuação correspondente à atividade fomentada realizar a fiscalização e o acompanhamento dos contratos de gestão celebrados com as OSs. Cabe à Organização Social apresentar periodicamente relatórios de seus resultados e prestar contas dos recursos transferidos, cujo acompanhamento fica a cargo de Comissões de Avaliação compostas por servidores públicos, com a incumbência de verificar a adequação dos resultados apresentados com as metas pactuadas em contrato (Da Silva et al., 2018).

Um papel crucial no tocante ao acompanhamento e fiscalização das Comissões de Avaliação é atribuído à figura do controle interno do órgão supervisor do contrato de gestão. Tal órgão de controle, também conhecido como controle interno administrativo, tem a atribuição de verificar se os atos pactuados no contrato de gestão estão sendo executados em conformidade com o que determina a legislação. Seu escopo de atuação compreende o conjunto coordenado de métodos e rotinas para salvaguardar o patrimônio público, os

recursos financeiros repassados à OS, bem como verificar a veracidade dos dados apresentados na prestação de contas (Da Silva et al., 2018).

O Poder Executivo responsável poderá desqualificar a entidade privada, retirando-lhe o título de OS, mediante o não cumprimento das disposições contidas no contrato de gestão e devidamente apuradas em processo administrativo, assegurando pleno direito de defesa aos dirigentes da OS (Meireles; Burle Filho, 2016).

Uma questão crucial acerca da implementação da gestão por OSS é como é feita a escolha da organização que será responsável pela gestão de cada unidade hospitalar. Os serviços públicos são classificados em duas categorias principais: primeiro, os serviços exclusivos, que são de titularidade do Estado e só podem ser prestados pela iniciativa privada por meio de regime de concessão ou permissão; e os serviços não exclusivos, em que a titularidade é do Estado, mas podem vir a ser exercidos por particulares. Com a criação da qualificação de OS, por intermédio da Lei nº 9.637/1998, foi possibilitado às entidades recém-criadas que apresentassem esse designativo atuar em cooperação com o Estado. Com isso, o Estado passou a transferir a exploração de serviços públicos sociais para pessoas jurídicas de direito privado, incluindo a delegação da provisão desses serviços. O Estado deixa de atuar de maneira obrigatória e direta na provisão desses serviços sociais, assumindo um papel indireto de fiscalização e fomento (Vaccaro; Gomes, 2022).

A qualificação das entidades como OS envolve o cumprimento de uma série de requisitos, com destaque para: a natureza social dos objetivos estabelecidos relativos à respectiva área de atuação; a atividade sem fins lucrativos, com a obrigatoriedade de reinvestimento dos excedentes financeiros no desenvolvimento das atividades ao longo de um exercício financeiro; a existência de um Conselho de Administração e uma diretoria definida nos termos do estatuto; entre outros (Carrera; Malik, 2013).

O Supremo Tribunal Federal (STF) interpretou que a transferência para as OSs da prestação de serviços públicos sociais não exclusivos constitui um mecanismo de cooperação público-privada. Para que uma OSS esteja apta a

assumir a provisão desses serviços e gestão de unidades de saúde, deve-se atentar à questão da atribuição do título jurídico às associações civis que almejam assumir a prestação de algum serviço social. Questões referentes aos repasses de recursos e à cessão de pessoal e bens para a provisão desses serviços públicos requerem que as OSSs cumpram alguns requisitos. No entanto, esse processo não se dá obrigatoriamente por meio de licitação ou credenciamento competitivo; basta que alguns requisitos sejam cumpridos. Entre esses requisitos, a associação interessada deve reservar um percentual de assentos na sua estrutura de Conselho de Administração para representantes do poder público. Cabe ao poder público — no caso, o ente do Poder Executivo responsável por delegar algum serviço público social à OSS — selecionar qual organização cumpre as condições adequadas. Essa avaliação é feita com base na ênfase dada ao atendimento do cidadão-cliente, pelo cumprimento de metas pactuadas no contrato de gestão, tanto qualitativas quanto quantitativas, dentro dos prazos fixados, e pela existência de mecanismos de controle social das ações. Tendo em vista que, no caso das OSSs, o processo de credenciamento não se dá previamente à assinatura do contrato de gestão, mas sim de maneira simultânea, conclui-se que as OSSs mais próximas às esferas de poder possuem um diferencial estratégico para angariar esses contratos, tendo em vista que este processo é discricionário por parte do Poder Executivo (Vaccaro, Gomes, 2022).

Dentre os estados brasileiros que possuem leis sobre OSS, verifica-se que, em 14 deles, não há referência ao processo de chamamento público. Dessa forma, surgem dificuldades para os gestores públicos, as entidades privadas e os órgãos de controle, por não terem um parâmetro legal explícito no qual possam se basear para a estruturação do contrato de gestão (Mânica, 2024).

As OSSs, ao não terem a obrigatoriedade de abrir processo licitatório para aquisição de bens e serviços, beneficiam-se desse modelo, uma vez que ele funciona como um instrumento de fomento para direcionar a atuação do ente particular em benefício do interesse público. Embora essas entidades operem com dinheiro público, estão dispensadas de licitar, bastando fixar seus

procedimentos em regulamento próprio, aprovado por seu Conselho de Administração (Vaccaro; Gomes, 2022).

Três sistemas são fundamentais para o monitoramento de metas pactuadas no contrato de gestão. O primeiro, o sistema de informação, visa sinalizar as áreas críticas em relação às metas pactuadas no contrato e quais indicadores devem ser melhorados. O sistema de custos indica o nível de eficiência, considerando a relação entre os gastos efetuados por cada setor da unidade de saúde e os atendimentos realizados nos respectivos setores. Por fim, o sistema de ouvidoria tem como objetivo identificar o nível de satisfação dos usuários do serviço prestado. Essas entidades estão submetidas aos controles da administração pública, representados pelo Poder Executivo concedente e pelo Tribunal de Contas, podendo ser imputadas sanções por improbidade administrativa em caso de mau uso dos recursos públicos (Barbosa; Elias, 2010; Vaccaro; Gomes, 2022).

No âmbito federal, as OSs foram regulamentadas na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, mas sua implementação ocorreu principalmente nas esferas estadual e municipal, que, valendo-se de suas autonomias legislativas, instituíram versões locais. A adoção de contratos de gestão com OSS pode ocorrer tanto para a prestação de serviços hospitalares quanto para Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), apoio diagnóstico e até na logística de materiais e suprimentos. No entanto, a gestão de serviços hospitalares se destaca devido ao elevado custo na prestação desse tipo de serviço, o que requer análises de avaliação de impacto mais minuciosas, considerando o volume de recursos públicos aportados para a viabilização desse tipo de serviço (Vaz; Bittar, 2017).

Alguns títulos e qualificações podem garantir imunidade ou isenção de tributos em diferentes níveis de governo. Em algumas cidades, é possível obter isenção do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), enquanto, no nível estadual, pode-se conseguir isenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). Já no âmbito federal, há a possibilidade de isenção da cota patronal referente ao recolhimento do Instituto Nacional do

Seguro Social (INSS). Essas isenções variam conforme a esfera governamental (Carrera; Malik, 2013).

Ainda há uma série de avanços a serem implementados no tocante ao acompanhamento das metas pactuadas nos contratos de gestão. A observância do cumprimento das obrigações estabelecidas em contrato e a aplicação de punições cabíveis em caso de descumprimento são pontos que merecem mais atenção por parte dos entes responsáveis por esse tipo de acompanhamento. Além disso, a realização de estudos prévios para a definição de metas quantitativas e qualitativas compatíveis com a unidade hospitalar cuja gestão esteja sendo transferida para uma OSS é outro ponto de aprimoramento nesse tipo de contratação (CGE RJ, 2019).

2.3 Condições Sensíveis à Atenção Primária

Os problemas de saúde categorizados como Sensíveis à Atenção Primária são um conjunto de diagnósticos para os quais uma estrutura adequada de serviços ambulatoriais reduziria o risco de internações. Esse indicador foi idealizado inicialmente nos Estados Unidos, sendo largamente utilizado em diversos países, com algumas adaptações aos contextos locais (Bermúdez-Tamayo et al., 2004).

No Brasil, em 17 de abril de 2008, foi publicada, por meio da Portaria nº 221, a lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, definida após a realização de consulta pública e considerando experiências internacionais, além das condições de saúde e perfil de morbimortalidade no território nacional. Essas enfermidades são categorizadas a partir dos códigos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, em sua décima edição (CID-10). As ICSAPs são distribuídas em 19 grupos de diagnósticos, compostos por diversas enfermidades (Viacava et al., 2022). O Quadro 1 exhibe essas informações por grupos de diagnósticos:

Quadro 1 – Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária

Diagnósticos CID-10	Códigos Incluídos
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33; A34; A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0; A19; A15.0; A15.1; A15.2; A15.3; A16.0; A16.1; A16.2; A15.4; A15.5; A.15.6; A.15.7; A15.8; A15.9; A16.3; A16.4; A16.5; A16.6; A16.7; A16.8; A16.9; A17.1; A17.2; A17.3; A17.4; A17.5; A17.6; A17.7; A17.8; A17.9; A18; I00; I01; I02; A51; A52; A53; B50; B51; B52; B53; B54; B77
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00; A01; A02; A03; A04; A05; A06; A07; A08; A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40; E41; E42; E43; E44; E45; E46; E50; E51; E52; E53; E54; E55; E56; E57; E58; E59; E60; E61; E62; E63; E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3; J15.4; J15.8; J15.9; J18.1
7. Asma	J45; J46
8. Doenças pulmonares	J20; J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44
9 Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63; I64; I65; I66; I67; I69; G45; G46
13. Diabetes melitus	E10.0; E10.1; E11.0; E11.1; E12.0; E12.1; E13.0; E13.1; E14.0; E14.1; E10.2; E10.3; E10.4; E10.5; E10.6; E10.7; E10.8; E11.2; E11.3; E11.4; E11.5; E11.6; E11.7; E11.8; E12.2; E12.3; E12.4; E12.5; E12.6; E12.7; E12.8; E13.2; E13.3; E13.4; E13.5; E13.6; E13.7; E13.8; E14.2; E14.3; E14.4; E14.5; E14.6; E14.7; E14.8; E10.9; E11.9; E12.9; E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40; G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doenças Inflamatórias órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25; K26; K27; K28; K92.0; K92.1; K92.2

19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35
---	---------------

Fonte: Portaria SAS/MS n. 221, de 17 de abril de 2008.

Dessa forma, as ICSAPs estão intrinsecamente relacionadas à qualidade do aparato de serviços da Atenção Básica (AB). Nas situações em que a AB não é resolutiva, a demanda por internações hospitalares aumenta, sobrecarregando o sistema e gerando despesas evitáveis associadas às ICSAPs. Dentre as ações preventivas que visam reduzir hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, destacam-se medidas de prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento de quadros agudos e acompanhamento de doenças crônicas que podem prevenir as ICSAPs (Pinto Junior et al., 2018).

Nesse sentido, as hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária são desencadeadas por uma prestação inadequada de serviço de saúde em diversos níveis, e os óbitos cujo diagnóstico principal seja uma dessas enfermidades podem ser considerados como uma falha do sistema, tanto no diagnóstico preciso e precoce quanto no tratamento adequado, de modo a evitar que esses quadros clínicos sejam agravados ao ponto de necessitarem de internações e, em última instância, resultarem em óbito. As ICSAPs podem ser consideradas como onerosas ao orçamento de saúde pública, tendo em vista que os gastos com internações hospitalares são mais dispendiosos em comparação aos gastos com medidas preventivas, configurando, portanto, um desperdício de recursos públicos (Pinto Junior et al., 2018).

O uso de indicadores associados às ICSAPs é amplamente empregado em estudos de avaliação de impacto em saúde, bem como em avaliações de eficiência na gestão de saúde, devido ao fato de esses indicadores estarem associados a enfermidades que são, em grande medida, evitáveis se as medidas adequadas forem tomadas preventivamente. Nesse sentido, esses indicadores são mais representativos da qualidade do sistema de saúde porque permitem distinguir enfermidades potencialmente recuperáveis, ao contrário de outros indicadores que abrangem todos os casos registrados sem qualquer filtro específico por CID-10, englobando desde casos leves até os mais graves. Um quadro clínico que configura uma situação de difícil resolução no âmbito do

atendimento hospitalar está fortemente condicionado ao desfecho esperado daquela internação, em contraposição às ICSAPs, caracterizadas como enfermidades passíveis de recuperação com a implementação das medidas adequadas nas etapas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

3 EFICIÊNCIA DA GESTÃO POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)

Esta seção apresenta uma comparação dos principais pontos que diferenciam o modelo de Organização Social de Saúde (OSS) do modelo de gestão por Administração Direta (AD). A subseção 3.1 detalha a comparação entre os dois modelos de gestão sob diferentes aspectos, enquanto a subseção 3.2 discute estudos nacionais e internacionais que avaliam o impacto da implementação de gestão em saúde por organizações do Terceiro Setor sem fins lucrativos no contexto internacional e das OSSs, mais especificamente, no contexto brasileiro.

3.1 Comparação entre Modelos de Gestão (Administração Direta vs OSS)

A maneira pela qual um hospital é gerido no âmbito da Administração Direta (AD) difere radicalmente da maneira pela qual o hospital é gerido por uma Organização Social de Saúde (OSS). A necessidade de prestar contas, tanto ao setor público quanto aos usuários, que não são apenas clientes, mas cidadãos; a existência de metas pactuadas em contrato a serem atingidas; e a transparência em suas atividades são alguns dos principais fatores que diferenciam este modelo de gestão daquele (Rodrigues; Sallum, 2017).

No âmbito legal, destaca-se que os regimes jurídicos que norteiam a prestação de serviços por essas diferentes formas de gestão são baseados em leis distintas. Notadamente, a AD pelo Estado obedece às normas que disciplinam o serviço público de modo geral, conforme disposto no art. 37 da Constituição Federal (CF) e na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. As OSSs, entidades contempladas como um dos pilares da reforma gerencial do Estado implementada em 1995, foram regulamentadas pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, além das legislações do ente federativo responsável pela gestão de um determinado estabelecimento de saúde, seja da esfera estadual ou municipal (BRASIL, 1998).

Ainda no que se refere ao âmbito legal, diversas medidas administrativas relacionadas à tomada de decisão gerencial dos hospitais são disciplinadas por leis específicas. Por exemplo, no que diz respeito ao processo de aquisição de insumos e equipamentos, o processo de compras públicas pela AD é condicionado à aplicação da Lei nº 8.666/1993 em sua integridade, que estabelece uma série de obrigações e ritos no processo de compras públicas por licitação para suprir as demandas de insumos do hospital. No que se refere à gestão por OSS, há maior flexibilidade em comparação ao modelo de AD, por não estarem submetidas às normas do direito público, sendo que as obrigações referentes a esses procedimentos estão previamente estabelecidas no contrato de gestão firmado entre o Estado e a OSS (Ravioli; Soáres; Scheffer, 2018).

O Quadro 2 ilustra alguns componentes organizacionais que ajudam a distinguir os dois modelos de gestão e, a partir deles, torna-se possível analisar como esses dois modelos de gestão diferem:

Quadro 2 – Comparação entre os modelos de gestão pelos componentes organizacionais

Componente Organizacional	Administração direta	Organizações Sociais de Saúde (OSS)
Autonomia Decisória	Muito limitada	Alta
Exposição ao mercado	Muito limitada	Moderada
Prestação de contas	Muito limitada	Alta
Condição de Requerente Residual	Muito limitada	Alta
Funções Sociais	Implícita	Explícita

Fonte: (Hardin; Preker, 2003 apud Rodrigues; Sallum, 2017)

Rodrigues e Sallum (2017), ao argumentarem sobre os diferentes componentes organizacionais apresentados por Hardin e Preker (2003), ressaltam que, em relação à autonomia decisória, a AD possui controle hierárquico total, além de gestores e funcionários estarem suscetíveis a influências políticas, diferentemente do modelo de OSS, que possui liberdade decisória no que tange à alocação de recursos e gestão de contratações. Em relação ao aspecto de exposição ao mercado, o modelo de AD é financiado de acordo com o orçamento histórico, a nomeação de diretores é feita politicamente e o sistema de pagamento é distorcido. Já o modelo de gestão por OSS

apresenta moderada exposição ao mercado, sendo financiado pelo orçamento global, vinculado à produção pactuada no contrato de gestão.

Em relação à prestação de contas, as unidades hospitalares geridas pela AD possuem centros de supervisão hierárquica, sem metas claramente especificadas e com ausência de orientação para resultados. No modelo de OSS, os gestores nomeados são supervisionados por um conselho estabelecido, mas de forma irregular. Nesse modelo, há forte orientação para resultados, tendo em vista a existência de metas a serem cumpridas, pactuadas nos contratos de gestão. No que tange ao requerente residual, esse aspecto está associado ao tema de assimetria de informação. Na AD, não há esse problema; no entanto, no modelo de OSS, devido à possibilidade de a organização poder reter parte do orçamento não utilizado e investir em melhorias, esse aspecto está presente, além de que, em caso de perdas, não há transferência automática ao governo. No que tange às funções sociais, na AD, essa função é subentendida, visto que, por a provisão do serviço ser gratuita, assume-se que a maior parcela da população atendida pertence a faixas de rendimento mais baixas. No modelo de OSS, os subsídios do governo são baseados nos custos reais de atendimento, enquanto os contratos estabelecem o desempenho e podem definir que a localização seja em regiões com população mais carente (Rodrigues; Sallum, 2017).

A autonomia administrativa e financeira concedida às OSSs para a tomada de decisões, tanto na aquisição de bens e serviços quanto na contratação de recursos humanos, permite que, para uma dada restrição orçamentária, sejam tomadas as melhores decisões gerenciais no tocante aos aspectos supracitados. Essa flexibilidade gerencial está associada a uma melhor prática de abastecimento da unidade hospitalar, em que os intervalos de abastecimento se tornam menores e ajustado às necessidades de consumo para o período, resultando em maior rotatividade do estoque e menor ativo imobilizado (Barbosa; Elias, 2010).

No que se refere ainda à autonomia administrativa e financeira, no modelo de AD, essas estão sujeitas a um conjunto de controles externos, com rituais de

procedimentos que tornam o processo de aquisição de bens e serviços mais lento e menos eficiente. Isso ocorre devido à concentração de compras em intervalos de tempo maiores. Ainda que haja um programa de entrega programada com os fornecedores ao longo desse intervalo, isso resulta em maior acúmulo de estoques e maior imobilização de ativos. O processo de compras públicas realizado no modelo de AD percorre dezenove estações de operações até seu fechamento, enquanto, no modelo de OSS, o processo se resume a apenas três estações. Outro benefício das OSSs, no tocante ao processo de aquisição de bens e serviços, decorre do fato de uma OSS poder ser responsável pela gestão de múltiplas unidades de saúde, aumentando assim o poder de barganha da organização junto aos fornecedores, uma vez é possível pactuar o suprimento de múltiplas unidades de saúde sob a administração de uma única OSS (Barbosa; Elias, 2010).

No que tange à gestão de recursos humanos sob os dois modelos de gestão, quais sejam, AD e OSS, há uma diferenciação nos ritos que envolvem esse campo em todas as suas dimensões, como recrutamento, seleção, contratação, administração e controle, progressão funcional, entre outros. Nos hospitais sob gestão de AD, predomina uma baixa autonomia em relação ao controle sobre os recursos humanos, limitada pela capacidade de regulação do sistema, controle de gastos com pessoal decorrente da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e gestão centralizada de todos os componentes que envolvem a política de recursos humanos. Aspectos como teto de gastos com pessoal, além de uma legislação que define a forma de ingresso e permanência no serviço público, marcada fundamentalmente por concurso público, são aspectos que tornam o modelo de AD menos flexível em relação ao de OSS. A alocação de pessoal sob a égide de AD segue parâmetros técnicos baseados em métricas que indicam a relação entre profissionais e a capacidade instalada da unidade de saúde. Esses parâmetros desconsideram aspectos que envolvem mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da região na qual a unidade de saúde está inserida (Barbosa; Elias, 2010).

No que se refere ao processo de contratação de pessoal sob o regime de OSS, o ingresso é realizado mediante processo seletivo, baseado

fundamentalmente em análise de currículo e entrevistas para a adequação de perfil. Todos os admitidos possuem vínculo de trabalho regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), mesmo os contratados por tempo determinado para substituição de férias ou licenças. Os servidores públicos eventualmente cedidos para a unidade de saúde em questão têm sua remuneração vinculada aos seus cargos nos órgãos de origem. No entanto, esses servidores não podem acumular benefícios pecuniários provenientes das OSSs beneficiárias, a título de função temporária exercida de direção ou assessoria (Barbosa; Elias, 2010; Vaccaro; Gomes, 2022).

Ainda no tocante à questão da contratação de funcionários para a provisão de serviços realizados por Organização Social (OS), o STF deliberou sobre essa questão na ADI 1.923, em que foi decidido:

Se a OS não é entidade da administração indireta, pois não se enquadra nem no conceito de empresa pública, de sociedade de economia mista, nem de fundações públicas, nem no de autarquias, já que não é de qualquer modo controlada pelo poder público, não há como incidir a regra do art. 37, II, da CF. O que há de se exigir é a observância de impessoalidade e de objetividade na seleção de pessoal, conforme regulamento próprio, mas não a submissão ao procedimento formal do concurso público, devendo ser interpretada nesse sentido a parte final do art. 4º, VIII, da Lei, ao falar em regulamento próprio contendo plano de cargos dos empregados”.¹

Em síntese, segundo as prescrições estabelecidas no MARE (1995), as OSSs, ao não necessitarem seguir os ritos aos quais a AD está submetida, como a realização de licitação para aquisição de suprimentos e a realização de concurso público para a contratação de pessoal — processos realizados fora dos limites estabelecidos pela LRF —, apresentam condições que caracterizam o

¹ <https://www.portaldasos.com.br/>

cerne da flexibilização, ajudando a explicar a grande adesão a esse modelo tanto pelos entes das esferas municipais quanto estaduais (Morais et al., 2018).

Krüger e Reis (2019), ao analisarem Planos Estaduais Plurianuais de Saúde (PES) dos quadriênios 2012-2015 e 2016-2021, discutem como as OSSs estão integradas nos PES. A justificativa para integrar o setor privado na gestão do SUS é feita a partir dos seguintes diagnósticos em relação à AD, em que a gestão estatal, fundamentada no direito público, é vista como um obstáculo para uma gestão moderna e eficiente.

[...]falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa; defasagem tecnológica; limitações de ordem fiscal quanto à admissão e expansão de recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios de insumos; dificuldade de contratualizar prestadores de acordo com a legislação atual, por isso a necessidade de adoção de novo modelo organizacional; precariedade dos registros e processamento dos procedimentos realizados que dificultam a elaboração de indicadores e ocasionam a subutilização do teto financeiro; parte da receita é comprometida no custeio das unidades, faltando para os investimentos (Krüger, Reis, 2019, p.280).

3.2 Avaliações de eficiência e a experiência Internacional

Esta subseção discute alguns trabalhos que tratam tanto da avaliação de eficiência, em diversos países, de modelos de gestão por organizações do Terceiro Setor sem fins lucrativos quanto do modelo de OSS no Brasil. Diversos estudos já foram empreendidos no Brasil para avaliar a eficiência de modelos de gestão por OSS em comparação ao modelo de gestão por Administração Direta (AD), muitos dos quais utilizam a técnica de Análise Envoltória de Dados (AED). A AED é um método não paramétrico que estima métricas de eficiência relativa a partir dos *inputs*, que são os atributos da unidade de observação, em relação a uma métrica de *output* específica, devendo ter em comum a utilização dos

mesmos *inputs* e a produção dos mesmos *outputs* (Lins et al., 2007). No entanto, a literatura carece de trabalhos que realizem uma avaliação utilizando modelos econométricos capazes de estimar o efeito médio da adoção da gestão por OSS em comparação ao modelo de AD sobre indicadores de saúde. Dessa forma, este trabalho constitui uma contribuição significativa à literatura sobre o tema.

A experiência internacional não aponta para a existência de um equivalente exato ao modelo de OSS em outros países. No entanto, é possível traçar um paralelo com experiências internacionais que adotam modelos que envolvam parceria com entidades sem fins lucrativos, como as ONGs, Parcerias Público-Privada (PPPs) e outros arranjos que se assemelham à delegação da execução da prestação de serviços do ente público a um ente privado, sendo este do Terceiro ou do Segundo Setor. Ao discutir estudos que retratam experiências internacionais nesse sentido, deve-se ressaltar as diferenças tanto entre os sistemas de saúde nos outros países em relação ao SUS quanto a questão jurídica que diferencia um modelo de privatização de um modelo de gestão por OSS, em que, conforme já discutido, a unidade gerenciada pela OSS continua pública. A estrutura física, os equipamentos, o mobiliário, os insumos e os medicamentos são todos de propriedade do Estado, incluindo aqueles que são comprados pela OSS (SECOM, 2017). No entanto, as premissas utilizadas tanto para justificar as privatizações quanto a adoção de modelo de gestão por OSS são similares, referindo-se a uma busca por maior eficiência de gestão em saúde, objetivando melhorar aspectos como produtividade e eficiência na provisão de serviços em saúde.

Hushie (2016) aponta que, nas últimas décadas, houve um número crescente de parcerias firmadas no setor de saúde entre o setor público e ONGs, sobretudo em países de renda baixa e média. O autor destaca parcerias firmadas em países como Gana, Paquistão, Bangladesh, Tanzânia e Uganda. O foco da análise recai mais detidamente sobre o sistema de saúde de Gana e como a adoção de parcerias entre o setor público e as ONGs foi considerada um dos meios pelos quais seria possível atingir a meta de universalização da saúde.

No contexto das ONGs que firmam parcerias com o setor público para a provisão de serviços de saúde, o autor as define como organizações voluntárias, sem fins lucrativos e não estatais, que exercem funções operacionais e possuem estruturas organizacionais com objetivos variados. As ONGs integram uma noção mais ampla de sociedade civil, que abarca grupos de indivíduos, instituições e organizações, como sindicatos, associações profissionais, organizações religiosas, entre outras.

O estudo utiliza uma metodologia qualitativa baseada em múltiplos estudos de caso para explorar parcerias entre o setor público e ONGs no setor de saúde em Gana. A pesquisa envolveu entrevistas aprofundadas com participantes de ONGs e seus parceiros governamentais em diferentes regiões do país, permitindo uma análise detalhada das dinâmicas dessas parcerias. Os resultados mostram que as parcerias entre ONGs e o governo variam amplamente, desde colaborações igualitárias até contratos formais e parcerias descentralizadas ou de *advocacy*. Essas parcerias foram essenciais para melhorar a prestação de serviços de saúde, particularmente em áreas onde o governo tem alcance limitado, como zonas rurais. As ONGs agregaram valor com seu conhecimento especializado, legitimidade comunitária e capacidade de atrair financiamentos externos. Essas colaborações resultaram em melhorias significativas em indicadores de saúde, como o aumento da assistência pré-natal e a redução da mortalidade materna e infantil em algumas regiões. No entanto, desafios como a falta de sincronia entre cronogramas e barreiras burocráticas foram identificados, destacando a necessidade de políticas mais eficazes para otimizar essas parcerias em outros contextos de países de renda baixa e média (Hushie, 2016).

Em estudo que analisa a adoção de reformas no sistema de saúde da China, devido à lacuna existente entre a oferta e a demanda por serviços de saúde, o governo implementou reformas no lado da oferta no setor de saúde, convidando o capital privado para aumentar a quantidade de oferta e melhorar a qualidade. Os autores abordam três modelos de projetos de PPP para hospitais sem fins lucrativos entre os diversos existentes. O Modelo 1 de PPP abrange a construção e manutenção de infraestruturas de saúde, podendo incluir serviços

não clínicos. A infraestrutura pode ser nova, reformada ou ampliada. O Modelo 2 de PPP inclui tanto a infraestrutura quanto serviços clínicos e complementares. Cada projeto tem dois contratos: um para a infraestrutura, com duração de 30 anos, e outro para serviços clínicos e complementares, com duração de 10 anos, sendo este último relicitado após expirar. Por fim, o Modelo 3 de PPP vai além do hospital e abrange outros componentes do sistema de saúde, como centros de cuidados primários. Os serviços hospitalares e de atenção primária são fornecidos em uma área específica por meio de um contrato de franquia, podendo direcionar pacientes conforme necessário, o que reduz custos. A qualidade do serviço é garantida por mecanismos de supervisão e pagamento. Um exemplo típico é o distrito de Alzira, em Valência, Espanha, onde a SPV é responsável pela construção e operação de hospitais e pelo fornecimento de todos os serviços de atenção primária (Wang; Ke; Sankaran, 2019).

Embora os hospitais sem fins lucrativos tenham um compromisso com o interesse público, os operadores privados que participam da gestão dessas instituições, por meio de PPPs, têm como objetivo obter lucro. Mesmo em um ambiente onde o foco principal é o bem-estar social, os investidores privados buscam retorno financeiro por meio de suas atividades, e o sucesso dessas parcerias depende, em grande parte, da definição de mecanismos de pagamento que incentivem sua participação, equilibrando o interesse público com as expectativas de lucro privado.

Os autores apontam que o modelo de gestão por meio de PPPs em hospitais sem fins lucrativos tem demonstrado potencial para aumentar a eficiência dos serviços de saúde. Um dos principais fatores que contribuem para essa eficiência é a transferência de risco e responsabilidade para operadores privados, que possuem *expertise* em gestão e inovação, particularmente na construção e manutenção de infraestrutura. Ao mesmo tempo, o modelo permite que o setor público foque na supervisão da qualidade dos serviços. Além disso, a integração de serviços clínicos e de infraestrutura em alguns modelos elimina riscos de interface, o que melhora a coordenação e reduz custos operacionais. Apesar de sua complexidade, a estrutura de PPPs permite maior flexibilidade e eficiência no uso de recursos, resultando em um aumento na qualidade e na

capacidade de atendimento, especialmente em áreas com alta demanda por serviços de saúde (Wang; Ke; Sankaran, 2019).

Almeida (2017) examina o papel das organizações de saúde sem fins lucrativos no sistema de saúde nacional de Portugal, com foco no programa de devolução de hospitais. O estudo se concentra na transferência da gestão de hospitais do setor público para organizações sem fins lucrativos, especificamente as *Santas Casas da Misericórdia* (HHM), no contexto do sistema de saúde financiado publicamente pela *National Health Service* (NHS) de Portugal. O principal objetivo é entender se a transferência da gestão hospitalar para organizações sem fins lucrativos pode melhorar a eficiência, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, sem sacrificar os princípios de universalidade e equidade do sistema de saúde público.

O programa de devolução de hospitais de Portugal transferiu a gestão de hospitais públicos para as *Santas Casas da Misericórdia*, uma organização sem fins lucrativos com uma longa história de atuação social e de saúde no país. Esses hospitais permanecem parte do sistema público, atendendo pacientes do NHS sob contrato com a autoridade regional de saúde, mas são geridos de forma independente pelas *Santas Casas*. O estudo foca especificamente nos hospitais devolvidos em 2015, analisando os efeitos dessa transferência em termos de custos, produção hospitalar e qualidade dos serviços.

Os resultados da devolução mostram um aumento significativo na eficiência e no acesso aos serviços hospitalares. Entre os três hospitais analisados, houve um aumento de 95,3% nas consultas especializadas e de 108,8% no número de cirurgias realizadas após a devolução. Em termos de custos, o sistema de saúde português obteve uma redução de 36% nos custos operacionais desses hospitais. A avaliação de eficiência foi feita comparando os resultados dos hospitais antes e depois da devolução às *Santas Casas da Misericórdia*, ou seja, em relação à gestão pública direta anterior. O estudo também destaca que, em comparação com outras formas de privatização ou gestão por organizações com fins lucrativos, as *Santas Casas* conseguem atingir um equilíbrio entre eficiência e atendimento ao interesse público, dado que

priorizam a missão social em vez de maximizar lucros. Apesar dos ganhos de eficiência, a qualidade dos serviços permaneceu dentro dos padrões exigidos pelo NHS. Isso reforça a ideia de que as organizações sem fins lucrativos podem ser altamente eficientes, mesmo sem buscar lucros, e com objetivos mais voltados ao interesse público.

Srivastava et al. (2016) exploram as conexões entre o setor público e ONGs no sistema de saúde de Uttar Pradesh, um dos estados mais populosos e subdesenvolvidos da Índia. O objetivo principal é analisar o papel complementar das ONGs na prestação de serviços de saúde pública, especialmente na saúde materna e infantil, uma área crítica para o desenvolvimento do estado. O estudo foca em duas ONGs principais, a *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) e a Vatsalya, e investiga como essas organizações interagem com o sistema de saúde público para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, especialmente em áreas rurais e de difícil acesso. A pesquisa utiliza uma abordagem teórica para categorizar as formas de interação entre ONGs e o governo, fornecendo uma análise detalhada dos vínculos e lacunas nessas parcerias.

Os autores utilizam uma tipologia de interações entre ONGs e o setor público, classificando-as em quatro categorias: repressão, rivalidade e competição, cooperação e complementaridade, e colaboração. No contexto de Uttar Pradesh, a maioria das parcerias entre o governo e as ONGs se situa no nível de complementaridade, em que as ONGs compartilham informações e recursos com o governo, mas sem uma coordenação ou ação conjunta significativa. Embora as ONGs desempenhem um papel crucial ao fornecer serviços em áreas onde o governo enfrenta dificuldades, o estudo revela que a ausência de uma estrutura formal de colaboração limita o impacto dessas parcerias. Assim, a avaliação das interações entre o setor público e as ONGs é feita com base no grau de integração e na eficácia dessas parcerias.

Os resultados mostram que, embora as ONGs tenham aumentado o acesso e a cobertura de serviços de saúde materna e infantil, a falta de uma colaboração plena com o setor público impede que esses esforços alcancem seu

potencial máximo. O estudo revela que as ONGs compartilham dados e participam de discussões sobre a implementação de programas de saúde, mas têm uma participação limitada no planejamento estratégico e na formulação de políticas de saúde. Além disso, o monitoramento e a supervisão dessas parcerias são insuficientes, com revisões regulatórias ocorrendo apenas a cada cinco anos. O estudo conclui que o fortalecimento dessas parcerias, com maior troca de informações e coordenação de atividades, seria essencial para melhorar a eficácia dos serviços de saúde em Uttar Pradesh, especialmente em áreas de difícil acesso.

Em estudo que examina parcerias entre o setor público e ONGs em países em desenvolvimento, com ênfase na América Latina e Caribe, apresenta-se como as ONGs desempenham um papel essencial nas reformas do setor de saúde, principalmente em áreas que sofrem com a falta de infraestrutura e serviços. A ideia principal dessas parcerias é preencher lacunas na prestação de serviços de saúde, melhorando a cobertura e a qualidade, e ao mesmo tempo contribuindo para a sustentabilidade desses sistemas. O estudo foca em como as ONGs são contratadas pelo governo para complementar ou até substituir serviços de saúde oferecidos diretamente pelo Estado (Putney, 2000).

As ONGs que participam dessas parcerias são, em grande parte, sem fins lucrativos e apresentam características que as tornam atrativas para a gestão de unidades de saúde e execução de serviços. As parcerias são geralmente firmadas por meio de contratos de desempenho, que seriam equivalentes aos contratos de gestão firmados com as OSSs no Brasil, nos quais o governo transfere a gestão ou a provisão de serviços para as ONGs em áreas específicas, como prevenção de doenças, atendimento primário e programas de vacinação. O estudo analisa mais detidamente o gerenciamento de centros de saúde por parte dessas organizações, que muitas vezes substituem o poder público na provisão desses serviços. Essas organizações são reconhecidas por sua flexibilidade, autonomia e capacidade de inovar no serviço prestado.

O estudo mostra que as ONGs, ao assumirem parte da gestão de serviços de saúde, frequentemente superam a eficiência do poder público, principalmente

em termos de cobertura e qualidade. Um exemplo destacado é o da PROSALUD, uma ONG sem fins lucrativos na Bolívia, que conseguiu aumentar significativamente a cobertura de saúde e manter a sustentabilidade financeira dos centros sob sua gestão. O relatório indica que, em comparação com a gestão pública direta, as ONGs são mais rápidas e ágeis na tomada de decisões e mais eficazes na utilização dos recursos disponíveis. Esses resultados são atribuídos à autonomia de gestão das ONGs e à flexibilidade em atender às demandas locais, o que reduz a ineficiência e melhora os resultados de saúde. Embora existam desafios, como a dependência de financiamento externo e a necessidade de coordenação entre as partes, as ONGs demonstram ser parceiras valiosas na reforma do setor de saúde (Putney, 2000).

Ferreira e Marques (2019) analisam a adoção de PPPs na área de saúde em Portugal e apontam que, entre os principais objetivos de se adotar PPPs, está a redução da pressão fiscal sobre as finanças públicas no que se refere ao aporte de novos investimentos. Essa forma de parceria do setor público com o privado engloba tanto a parte da construção quanto a de gerenciamento da unidade hospitalar. Há dois modelos mais comuns de PPPs aplicadas ao sistema de saúde no mundo. O mais comum delega ao parceiro privado a gestão da infraestrutura (incluindo a própria edificação da unidade de saúde) e dos serviços auxiliares, em que a provisão de cuidados de saúde é mantida sob controle dos serviços nacionais de saúde. Países como França, Alemanha, Itália e Reino Unido são os principais que adotam esse modelo de PPP em saúde. Outro modelo mais comum é caracterizado por englobar, na parceria entre o ente público e privado, desde a gestão de serviços clínicos, serviços auxiliares, além dos outros elementos do modelo anterior. Países como Portugal e Espanha estão entre os que adotam esse tipo de parceria. Além disso, o modelo de gestão por OSS assemelha-se mais ao adotado em Portugal e Espanha, pois engloba uma gama maior de atividades associadas a uma unidade hospitalar. As PPPs em Portugal são acordos de longa duração firmados entre o governo ou uma agência pública e um parceiro privado, que pode ser uma empresa comercial, consórcios, organizações não governamentais ou grupos religiosos. Esses

parceiros assumem a responsabilidade pela gestão parcial ou total de infraestruturas, como hospitais.

Os autores buscam avaliar se há um *gap* de performance entre os hospitais públicos e PPPs em termos de desempenho de alguns indicadores fundamentais. A análise demonstra que os hospitais públicos não apresentam um desempenho social superior aos hospitais com PPPs em termos de oportunidade, segurança e adequação dos cuidados. Ambos os grupos enfrentam níveis significativos de ineficiência social, com maior potencial de melhoria em aspectos como a adequação dos cuidados e a pontualidade. Não há evidências de que hospitais públicos sejam mais eficazes que as PPPs, sugerindo que práticas de gestão privada podem oferecer serviços de saúde tão bons quanto os públicos (Ferreira; Marques, 2019).

Um dos modelos mais conhecidos de parcerias público-privadas em hospitais foi criado na Espanha, o chamado modelo Alzira, o mais popular entre as diversas modalidades de PPPs adotadas nesse país. Esse modelo é caracterizado pela provisão, por parte de parceiros privados, tanto dos serviços hospitalares quanto de atenção primária. Em estudo que busca estabelecer uma comparação entre indicadores de performance de hospitais geridos diretamente pelo poder público e PPPs na Espanha, avaliou-se a experiência de cinco hospitais da modalidade PPP em aspectos que envolvem performance, custo e indicadores de qualidade, para refletir a influência dessas parcerias na obtenção de indicadores melhores do que os das unidades geridas diretamente pelo Estado. Com base nos resultados apresentados, o grupo representado pelas unidades da modalidade PPP obteve bons resultados, superiores em média do que as unidades administradas pelo Estado, como na redução de tempo de espera, mas nem sempre superiores a essas unidades no nível individual (Caballer-Tarazona; Vivas-Consuelo, 2016).

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) britânico é caracterizado por ser um dos sistemas de saúde no mundo com maior extensão de financiamento público, controle e oferta de serviços de saúde. No entanto, a partir da década de 1980, diferentes governos têm buscado expandir o escopo da oferta de serviços do

NHS por meio de entidades do setor comercial e voluntário. Os autores buscam investigar de maneira detalhada o crescimento da participação de organizações sem fins lucrativos e voluntárias na provisão de serviços do NHS, sobretudo após as reformas introduzidas pelo *Health and Social Care Act* de 2012. O estudo baseia-se em um extenso conjunto de dados, analisando mais de 25 mil contratos de prestação de serviços de saúde (Rahal; Mohan, 2022).

As organizações do Terceiro Setor que atuam na provisão de serviços de saúde no âmbito do NHS são definidas como privadas ou independentes do governo, em que suas atividades envolvem algum grau de voluntarismo, seja na governança, na prestação de serviços, ou em ambos. São autônomas, na medida em que podem encerrar suas atividades sem depender de uma autoridade externa; não distribuem lucros, sendo todo e qualquer excedente reinvestido no empreendimento em que a organização está incumbida. Essas organizações do Terceiro Setor foram contratadas por meio de processos de licitação pública, competindo com outros provedores, incluindo organizações privadas e outras entidades sem fins lucrativos (Rahal; Mohan, 2022).

Embora esse padrão de contratação tenha crescido, ainda representa uma parcela pequena dos fornecedores do NHS. Com a ampliação dessa forma de contratação, houve um aumento da concorrência e da diversidade na oferta de serviços, incluindo cuidados especializados e personalizados, especialmente em áreas como saúde mental, cuidados paliativos e serviços de longa duração para populações vulneráveis. A pesquisa detalha que essas organizações oferecem uma flexibilidade maior na prestação de serviços de saúde, em comparação com os modelos tradicionais de gestão pública, e tendem a ter uma governança menos rígida e um maior foco em resultados comunitários. No entanto, os autores também identificam limitações, como a falta de uma avaliação mais robusta dos resultados em termos de eficiência e impacto na saúde pública (Rahal; Mohan, 2022).

Tiemann e Schreyögg (2012) investigaram os efeitos da privatização na eficiência de hospitais da Alemanha. O sistema de saúde do país é composto por hospitais públicos, privados com fins lucrativos e privados sem fins lucrativos.

A partir de meados dos anos 1990, muitos hospitais públicos foram privatizados, tanto para entidades com fins lucrativos quanto para organizações sem fins lucrativos. Embora ambos os tipos de privatização tenham mostrado ganhos de eficiência, os hospitais com fins lucrativos apresentaram melhorias mais permanentes, enquanto os ganhos de eficiência em hospitais sem fins lucrativos tendem a ser mais transitórios. Além disso, os hospitais privatizados geralmente reduzem o número de funcionários, exceto nas categorias médica e administrativa.

A estratégia empírica adotada pelos autores divide-se em duas etapas. Na primeira, foram realizadas estimativas de métricas de eficiência utilizando AED, enquanto, na segunda etapa, foi empregado um modelo de matching Differences-in-Differences. Os resultados encontrados indicam que a mudança de status de público para privado na modalidade com fins lucrativos está associada a um aumento na eficiência entre 2,9% e 4,9% na primeira etapa. Em relação à segunda etapa, foram estimados coeficientes para quatro períodos após a privatização, e os resultados revelam que houve um aumento na eficiência após a conversão do status para privado com fins lucrativos, que foi significativo e aumentando o efeito ao longo do tempo. No que se refere ao modelo que indica privatização para os parceiros sem fins lucrativos, os primeiros três anos posteriores à privatização registraram um aumento na eficiência; no entanto, os resultados mostraram-se transitórios. Para esse modelo, as reduções foram obtidas por meio de cortes substanciais nas proporções de pessoal em todas as categorias de funcionários analisadas, com exceção dos médicos e do pessoal administrativo (Tiemann; Schreyögg, 2012).

Bulhões et al. (2022) analisam as percepções de gestores públicos sobre a adoção do modelo de gestão por OSS em hospitais públicos no Brasil. Por meio de entrevistas com secretários de saúde municipais e presidentes de conselhos municipais de saúde, o estudo revela que o modelo de OSS é visto como uma alternativa mais ágil e flexível em relação à administração pública direta. A flexibilidade proporcionada pelas OSSs, especialmente na gestão de recursos humanos e materiais, é considerada uma vantagem significativa,

permitindo uma resposta mais rápida às demandas hospitalares e facilitando a contratação e a substituição de profissionais de saúde.

No entanto, os autores também destacam preocupações estruturais relacionadas ao modelo de OSS. A falta de transparência na gestão e a dificuldade em fiscalizar os contratos com essas organizações são apontadas como desvantagens importantes, gerando incertezas quanto à sustentabilidade e à eficácia do modelo a longo prazo. Além disso, levantam questões sobre a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, frequentemente associada à flexibilização das regras de contratação nas unidades geridas por OSS.

Quanto à eficiência, os autores sugerem que o modelo de OSS apresenta vantagens gerenciais em termos de agilidade e capacidade de alcançar metas específicas de desempenho. No entanto, a ausência de avaliações quantitativas robustas que comprovem o impacto positivo desse modelo em termos de resultados de saúde pública e eficiência financeira é notável (Bulhões et al., 2022).

Vaz e Bittar (2017) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar indicadores de produtividade e qualidade de serviços prestados em hospitais gerais estaduais da administração direta e gerenciados por OSS no quadriênio de 2013 a 2016. Os resultados indicam que os hospitais geridos por OSS apresentam melhores resultados quanto ao tempo médio de permanência, taxa de ocupação de leitos, utilização de sala de operação, taxa de cesáreas, infecção hospitalar e gastos em comparação à produção. Os autores apontam que as dificuldades na administração de recursos humanos sob o modelo de gestão por Administração Direta (AD) pelo Estado constituem um dos principais fatores que resultam na diferença de desempenho entre esse modelo de gestão e o gerido por OSS. A rigidez burocrática no modelo AD, especialmente na contratação de novos funcionários, nos mecanismos de equiparação salarial com o mercado e na disparidade de salários nos cargos gerenciais, entre outros, são fatores que tornam a carreira pública menos atrativa em comparação às oportunidades oferecidas pelo setor privado. Em síntese, os melhores resultados observados

no modelo de gestão por OSS podem ser atribuídos a uma maior autonomia de gestão, à melhor estruturação dos processos de trabalho, como a decisão de aquisição de bens e insumos, e ao dinamismo no que tange aos mecanismos empregatícios, seja o processo de admissão, valorização, substituição e demissão de recursos humanos.

Coelho e Greve (2016) realizaram um estudo de avaliação de impacto da adoção de gestão por OSS, no qual as autoras classificam esse modelo como uma forma de contratação indireta em serviços de atenção básica no estado de São Paulo. O modelo econométrico utilizado foi um *Difference-in-Differences* com efeitos fixos ao nível de município. As variáveis dependentes utilizadas pelas autoras indicam tanto indicadores relacionados ao desempenho gerencial dos municípios que adotaram esse modelo de gestão de OSS quanto indicadores de saúde da população. Com base nos resultados estimados, o número de consultas de atendimento primário por usuários do SUS aumentou em aproximadamente uma consulta por ano nos municípios que adotaram esse modelo de gestão. Entre os indicadores de saúde utilizados de maior destaque, quais sejam a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade na infância e internações de crianças, os coeficientes associados à contratação indireta não apresentaram significância estatística, de modo que não se rejeita a hipótese de que esses parâmetros sejam diferentes de zero.

Em estudo que busca mensurar a eficiência dos estabelecimentos hospitalares geridos por OSS em comparação aos hospitais públicos gerais de grande porte, foi realizado um modelo do tipo Análise Envoltória de Dados (AED). Para a produção hospitalar, foram considerados os seguintes insumos: número de profissionais de saúde (assistentes e técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos) padronizado pelo total de horas trabalhadas, número de leitos e número de equipamentos de manutenção à vida, imagem, infraestrutura e outros equipamentos. A produção hospitalar considerou os procedimentos ambulatoriais e de internações hospitalares. Para permitir maior comparabilidade entre os hospitais, foram realizadas desagregações segundo diagnósticos principais (CID-10) e grupo etário. As unidades hospitalares incluídas nesse estudo são os hospitais públicos acreditados na Organização Nacional de

Acreditação (ONA), os hospitais geridos por OSS filiados ao Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde (IBROSS) e os demais hospitais de grande porte. Os resultados estimados, que representam os escores de eficiência técnica, apresentam uma performance superior dos hospitais ONA e filiados ao IBROSS em relação aos demais de grande porte, em termos da quantidade de equipamentos por leito, taxa de rotatividade dos leitos e menor tempo de permanência na internação (Barcelos *et al.*, 2022).

4 METODOLOGIA

Esta seção apresenta a metodologia empregada para avaliar o impacto da adoção de gestão por OSS em comparação ao modelo de gestão por AD. Dessa forma, a subseção 4.1 apresenta a estratégia empírica empregada, mais especificamente as propriedades do modelo de *Difference-in-Differences* (DiD) e a modelagem de *Staggered DiD*. A subseção 4.2 apresenta os dados utilizados, suas respectivas fontes e estatísticas descritivas sobre a base de dados.

4.1 Estratégia empírica

O objetivo deste estudo é estimar o efeito médio da adoção do modelo de gestão em saúde por Organização Social de Saúde (OSS) sobre a taxa de mortalidade de enfermidades associadas às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPs) pelo total de internações da unidade hospitalar. Esse indicador reflete, de maneira mais fidedigna, as enfermidades que são passíveis de recuperação ao considerar um tratamento hospitalar adequado.

A hipótese subjacente à variável que indica se a gestão da unidade hospitalar é feita por OSS parte da teoria da Nova Administração Pública (NPM). Sob essa perspectiva, espera-se que uma maior flexibilidade operacional, propiciada pela adoção da gestão por OSS, impacte indicadores de saúde, pois, sob esse mecanismo de gestão, as unidades hospitalares possuem maior grau de autonomia no processo decisório sobre os insumos necessários e maior grau de responsabilização no tocante aos serviços prestados, devido à necessidade de uma prestação de contas mais apurada dos procedimentos realizados, para que possam ser reembolsados. Com isso, espera-se que os indicadores de saúde dos hospitais geridos por OSS apresentem melhores resultados do que os geridos por AD.

Dessa forma, objetiva-se estimar o efeito do tratamento “Gestão por Organização Social em Saúde (OSS)” em comparação ao seu contrafactual, ou seja, o resultado desse indicador de saúde caso a gestão em saúde fosse realizada por AD. A variável dependente é construída da seguinte forma:

$$taxa_de_mortalidade_i = \frac{num_total_obitos_cond_sensiveis_i}{num_total_internacoes_i} \times 100$$

As unidades hospitalares incluídas neste estudo configuram-se como: Hospital Geral e Hospital Especializado. Nesse sentido, ao restringirmos as unidades de observação para hospitais, estamos agrupando estabelecimentos com finalidades similares no âmbito do atendimento à saúde. No geral, as instituições hospitalares possuem gestão e infraestrutura complexas, cuja oferta de serviços envolve desde atendimentos ambulatoriais, períodos de internação, realizações de exames clínicos, cirurgias, até o serviço de hotelaria e o atendimento domiciliar (La Forgia; Couttolen, 2009).

A escolha de quais unidades hospitalares adotam a gestão por OSS não é feita de maneira aleatória, como seria desejável para que pudéssemos estimar o efeito do tratamento mediante um *Randomized Controlled Trial* (RCT) (Galiani et al., 2005). No entanto, dado que a escolha dos hospitais que adotam esse modelo de gestão não é feita com critérios explícitos nem aleatoriamente, precisamos estimar um contrafactual, uma vez que este não é observado. Não há critérios de elegibilidade pré-definidos que determinem quais unidades de saúde são passíveis de serem geridas por OSS. Dessa forma, a decisão é feita de maneira discricionária pelo Poder Executivo, podendo ser motivada por diversas razões, desde uma deficiência de gestão intrínseca àquela unidade específica até decisões que envolvam interesses políticos, entre outros.

Uma das hipóteses subjacentes ao método é que a decisão sobre quais unidades hospitalares passam a ser geridas por organizações sociais é independente de fatores não observados que afetam a variável dependente utilizada neste estudo. Dessa forma, estaríamos estimando uma relação causal entre a adoção de gestão por OSS e o indicador de mortalidade deste estudo.

O modelo de *Differences-in-Differences* (DiD) permite que comparemos o efeito da mudança na gestão de AD para gestão por OSS, antes e depois do tratamento. Ao utilizar efeitos fixos, controlamos as características hospitalares que são invariantes no tempo, observadas e não observadas, e que podem apresentar correlação tanto com a decisão de adotar o modelo de gestão por

OSS quanto em relação ao indicador de mortalidade utilizado como variável dependente. Dessa forma, a mudança no grupo de controle é considerada uma estimativa do verdadeiro contrafactual. Com isso, torna-se possível controlar os fatores que variam no tempo e que são comuns tanto às unidades hospitalares tratadas quanto às não tratadas (Galiani et al., 2005). Formalmente, podemos definir o modelo de DiD como uma regressão linear com *two-way fixed-effects*:

$$y_{it} = \alpha d_{OSS_{it}} + \beta x_{it} + \lambda_t + \mu_i + \varepsilon_{it}$$

Em que y_{it} é a variável dependente, no caso, o indicador de mortalidade supracitado, cujo subscrito i representa o i -ésimo hospital e o subscrito t representa o t -ésimo ano. $d_{OSS_{it}}$ representa o indicador de gestão hospitalar por OSS, em que esse indicador assume valor 1 caso a gestão do hospital no respectivo ano seja por OSS e assume valor 0 caso a gestão seja por AD. A matriz x_{it} representa as variáveis de controle que variam tanto entre os hospitais quanto ao longo do tempo.

O parâmetro μ_i é o efeito fixo único ao hospital i , enquanto o parâmetro λ_t refere-se ao efeito fixo de tempo comum a todos os hospitais no período t . O termo de erro ε_{it} refere-se ao erro que é variável ao longo do tempo e que é distribuído de maneira independente em relação a todo μ_i e λ_t . O termo de erro ε_{it} deve ser correlacionado ao longo do tempo e para cada unidade de observação. A correlação de erros também pode estar presente na dimensão de corte transversal do painel (Galiani et al., 2005). Por exemplo, a incidência de algumas enfermidades associadas às ICSAPs pode ser mais elevada em determinadas regiões que recebem maiores atendimentos de algum respectivo hospital.

O parâmetro α representa a estimativa para o efeito médio da gestão por OSS sobre a variável dependente. A hipótese fundamental para que essa interpretação seja válida é que a mudança na variável dependente nas unidades hospitalares tratadas seja uma estimativa imparcial do contrafactual.

O método de *staggered Difference-in-Differences* com adoção escalonada é uma extensão do tradicional DiD, projetada para lidar com situações em que

uma intervenção ou política pública é implementada em diferentes momentos para diferentes unidades de observação. Esse método é amplamente utilizado para estimar o efeito causal de uma política, especialmente em contextos em que sua implementação ocorre de maneira gradual. Em vez de se basear em um único momento de intervenção, o *staggered* DiD permite que diferentes grupos recebam o tratamento em momentos distintos, refletindo um cenário mais próximo da realidade, em que políticas públicas frequentemente são adotadas de forma escalonada (Freedman et al., 2023; Callaway; Sant’anna, 2021). Esse método, portanto, oferece uma análise mais apropriada para este estudo, em que as unidades hospitalares podem receber tratamento em qualquer momento do tempo

A principal característica do *staggered DiD* é que ele pode ser entendido como uma série de experimentos *Difference-in-Differences 2x2*, em que cada grupo tratado em um determinado momento é comparado com grupos que ainda não foram tratados. Assim, a comparação de interesse não se dá apenas entre um grupo tratado e um grupo controle, mas sim entre múltiplos grupos ao longo de diferentes períodos. Isso permite capturar os efeitos dinâmicos da política ou intervenção ao longo do tempo (Freedman et al., 2023).

Algumas hipóteses são fundamentais para a validade do método. A primeira é a não antecipação, que pressupõe que as unidades de observação não alteram seu comportamento em antecipação ao tratamento. Em outras palavras, o comportamento antes da implementação da política não é influenciado pela expectativa do tratamento futuro. Outra hipótese importante é a de tendências comuns, que estabelece que, na ausência do tratamento, a mudança média ao longo do tempo seria a mesma tanto para o grupo tratado quanto para o grupo controle. Essa suposição é fundamental para garantir que as diferenças observadas após o tratamento possam ser atribuídas à intervenção e não a diferenças preexistentes entre os grupos (Freedman et al., 2023).

O efeito causal do tratamento no *staggered DiD* é estimado pela diferença entre as diferenças médias nos resultados observados para o grupo tratado e o

grupo controle. A fórmula básica do estimador de Diferença em Diferenças pode ser representada pela seguinte expressão:

$$\Delta_{DID} = (E(Y_{22} - Y_{21} | \text{Tratado})) - (E(Y_{12} - Y_{11} | \text{Controle}))$$

em que Y_{it} representa o resultado observado para a unidade i no tempo t . Especificamente, Y_{22} refere-se ao resultado da unidade tratada após o tratamento, e Y_{21} ao resultado da unidade tratada antes do tratamento. Da mesma forma, Y_{12} e Y_{11} referem-se, respectivamente, aos resultados da unidade controle após e antes do tratamento. Assim, comparamos a evolução dos resultados antes e depois do tratamento para ambos os grupos.

Adicionalmente, o *staggered DiD* permite o uso de estudos de eventos (*event studies*), nos quais é possível estimar o efeito do tratamento ao longo do tempo, capturando as variações temporais no impacto da intervenção. A fórmula para o estimador de evento temporal, ou "tempo de evento", é dada por:

$$\Delta_{ES}^{a+k} = E[Y_{2,a+k} - Y_{2,a-1} | A_s = a] - E[Y_{1,a+k} - Y_{1,a-1} | A_s = \infty]$$

em que $Y_{2,a+k}$ representa o resultado da unidade tratada no tempo k após a adoção da política no momento a , e $Y_{2,a-1}$ refere-se ao resultado da mesma unidade logo antes da adoção da política. Da mesma forma, $Y_{1,a+k}$ e $Y_{1,a-1}$ referem-se, respectivamente, aos resultados da unidade controle nos mesmos períodos de tempo. Esse método é especialmente útil para investigar efeitos dinâmicos e verificar se o impacto da política aumenta, diminui ou permanece estável ao longo do tempo (Freedman et al., 2023).

Dessa forma, objetiva-se com esse modelo verificar se o efeito médio do tratamento está concentrado em determinados períodos em que houve a implementação do tratamento, quais os efeitos ao longo do tempo para as unidades tratadas em diferentes momentos, e possibilitar uma avaliação da dinâmica dos efeitos do tratamento ao longo do tempo.

4.2 Dados

Este trabalho foca nas unidades hospitalares como as unidades de observação. Definem-se hospitais como todos os estabelecimentos com ao

menos cinco leitos existentes para a internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com a disponibilidade de equipe clínica organizada e presença de médico 24 horas, com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, outros aspectos que caracterizam um hospital estão associados à existência de serviço de enfermagem, nutrição e dietética, atendimento terapêutico direto ao paciente durante 24 horas, disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços cirúrgicos, entre outros tipos de atendimentos que podem ser prestados em unidades hospitalares (CREMEB, [s.d.]).

Neste estudo, consideramos dois tipos de unidades hospitalares para serem analisadas: Hospital Geral e Hospital Especializado. Define-se Hospital Geral como:

Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo Ter ou não SIPAC entre outros tipos de atendimentos que podem ser prestados em unidades hospitalares (CREMEB, [s.d.]).

Por outro lado, define-se Hospital Especializado como:

Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de Serviço de Urgência/Emergência e SADT, podendo ter ou não Sipac. Geralmente, de referência regional, macrorregional ou estadual (CREMEB, [s.d.]).

Os dados empregados neste estudo são oriundos de múltiplas fontes. Do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), extraem-se informações fundamentais acerca dos estabelecimentos de saúde, utilizando-se os microdados de estabelecimentos. Adicionalmente, faz-se uso do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o qual provê dados sobre as

internações hospitalares e sobre os óbitos que ocorrem sob a circunstância dessas internações. Para manter a consistência das informações, removem-se os registros de hospitais que não realizaram internações no respectivo ano.

Para a identificação dos estabelecimentos hospitalares geridos por OSS, utilizam-se os dados desenvolvidos pelo Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC – CEDEPLAR/UFMG), em colaboração com o Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde (IBROSS). A elaboração desta base de dados deu-se a partir de três fontes: 1) a partir do levantamento censitário realizado previamente por Barcelos et al. (2022), 2) informações compartilhadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU), e 3) pesquisa manual em sítios eletrônicos de secretarias estaduais e municipais de saúde assim como consulta por e-mail através da Lei de Acesso à Informação (Barcelos et al., 2022). A partir dessa base, é possível não apenas identificar quais estabelecimentos de saúde são geridos por OSS, mas também em que ano começou a vigorar esse modelo de gestão. Além disso, foram criadas variáveis *dummies* que indicam os partidos dos governadores e prefeitos eleitos, sendo que a primeira categoria por ordem alfabética foi removida, para não incorrer no problema da maldição das variáveis *dummies*. O painel começa em 2006, portanto, neste ano, utiliza-se a informação do prefeito e governador eleitos em 2004 e 2002, respectivamente, uma vez que os governadores eleitos em 2006 só começam o exercício de seus mandatos apenas no ano seguinte. Os dados foram obtidos a partir do Tribunal Superior Eleitoral (TSE). As demais variáveis de controle utilizadas são informações referentes ao município no qual a unidade hospitalar está localizada, e são provenientes de fontes como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Finanças do Brasil (Finbra).

A escolha dessas variáveis deve-se ao fato de serem aquelas que atendem aos critérios apresentados na subseção 4.1, além de ser possível estabelecer uma relação causal entre elas e a variável dependente. O Quadro 3 resume a origem das principais informações utilizadas no modelo econométrico.

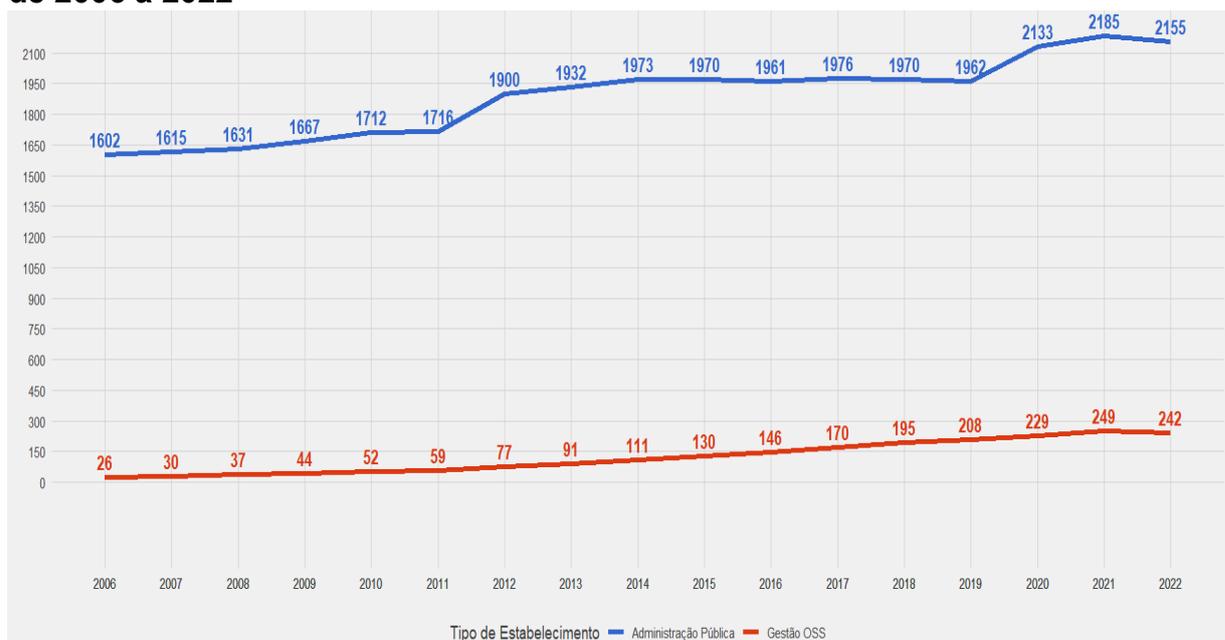
Quadro 3 – Fontes de dados utilizadas

Informação	Fonte	Cobertura temporal	Descrição
Natureza Jurídica	CNES	2006-2022	Variável utilizada para filtrar os estabelecimentos que integram a Administração Direta
Pib municipal	IBGE	2006-2021	Produto Interno Bruto do município no qual o hospital está localizado
População do município	IBGE	2006-2022	População do município no qual o hospital está localizado
Despesa em saúde por município	FINBRA	2006-2022	Demonstrativo de Despesas Orçamentárias por Função
Partido do prefeito eleito	TSE	2002-2022	Utiliza-se o partido do prefeito eleito na eleição anterior para identificar o partido ao longo dos 4 anos subsequentes.
Partido do governador eleito	TSE	2002-2022	Utiliza-se o partido do governador eleito na eleição anterior para identificar o partido ao longo dos 4 anos subsequentes.
Número de internações	SIH-SUS	2006-2022	Possui as informações sobre total de internações que ocorreram no hospital, bem como os óbitos resultantes sob essas internações
Gestão OSS	IBROSS	2006-2022	Variável dummy que indica se a unidade hospitalar é gerida por OSS

Fonte: Elaboração própria

No que se refere ao número de hospitais gerais e especializados por categoria de administração, quais sejam Administração Direta (AD) e por OSS, é importante não apenas a quantidade de unidades hospitalares sob ambos os tipos de gestão, mas também a informação de quantas unidades hospitalares passaram pela transição de AD para OSS.

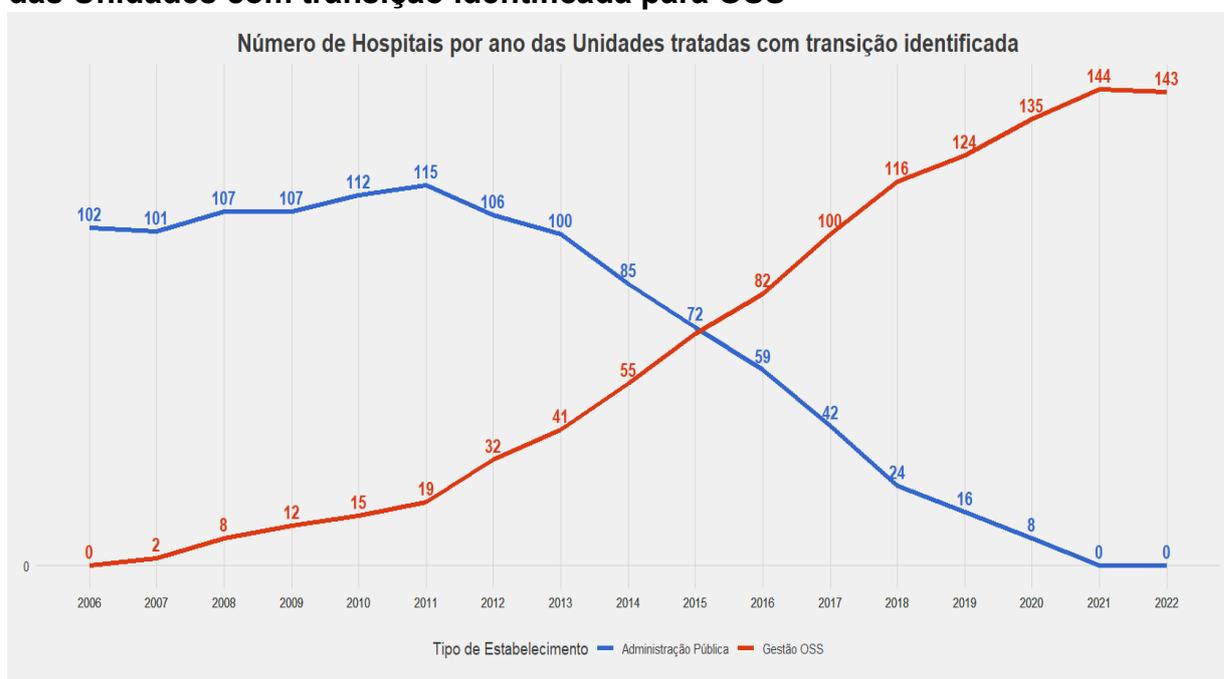
Figura 1 – Número de Hospitais Gerais e Hospitais Especializados por ano de 2006 a 2022



Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados do CNES e IBROSS

A Figura 1 apresenta a evolução do número de hospitais gerais e especializados geridos pela Administração Pública Direta e por OSS. Com base nessa figura, ao longo dos anos, houve uma expansão gradual no número de hospitais sob gestão de OSS, embora o número total ainda seja significativamente menor do que os administrados diretamente pelo setor público. A evolução sugere que a adoção do modelo OSS tem se consolidado de forma significativa a partir de 2010, ainda que a AD continue a ser o principal modelo de gestão hospitalar no país entre os dois modelos.

Figura 2 – Número de Hospitais Gerais e Hospitais Especializados por ano das Unidades com transição identificada para OSS



Fonte: Elaboração própria a partir dos microdados do CNES e IBROSS

A Figura 2 apresenta o número de estabelecimentos hospitalares que, em algum momento, passaram pela transição de AD para OSS. Com base nessa figura, torna-se possível compreender melhor a dinâmica de transição de um modelo para o outro, bem como o momento em que essa transição mais se acentuou. Observa-se que, a partir de 2011, houve um crescimento maior no número de estabelecimentos hospitalares que passaram pela transição de AD para gestão OSS.

5 RESULTADOS

Nesta seção, apresentamos os resultados das estimativas econométricas realizadas utilizando a variável dependente referente à taxa de mortalidade por Condições Sensíveis à Atenção Primária por total de internações. Além disso, as estimativas são apresentadas de acordo com a inclusão de diferentes conjuntos de variáveis de controle, cujo objetivo é testar a robustez do modelo em relação à variável de tratamento e verificar se o coeficiente da gestão por OSS apresenta robustez com a inclusão de outras variáveis que também ajudam a explicar a incidência da variável resposta utilizada.

Na Tabela 1, apresentam-se os resultados dos modelos *de Difference-in-Differences* com *two-way fixed effects*, incluindo diferentes conjuntos de variáveis de controle.

Tabela 1 – Impacto da Gestão por OSS na Taxa de Óbitos de Condições Sensíveis à Atenção Primária por Total de Internações Hospitalares

	Variável dependente: Taxa de óbitos de ICSP por total de internações		
	(1)	(2)	(3)
<i>Gestão OSS</i>	-0.231*** (0.034)	-0.218*** (0.036)	-0.209*** (0.036)
Variáveis socioeconômicas do município	Não	Sim	Sim
Variáveis dos partidos dos prefeitos e governadores	Não	Não	Sim
Observações	34,156	30,835	30,802
R ²	0.001	0.002	0.010
R ² Ajustado	-0.095	-0.102	-0.096
Estatística F	44.890*** (df = 1; 31140)	14.786*** (df = 4; 27914)	4.615*** (df = 61; 27827)

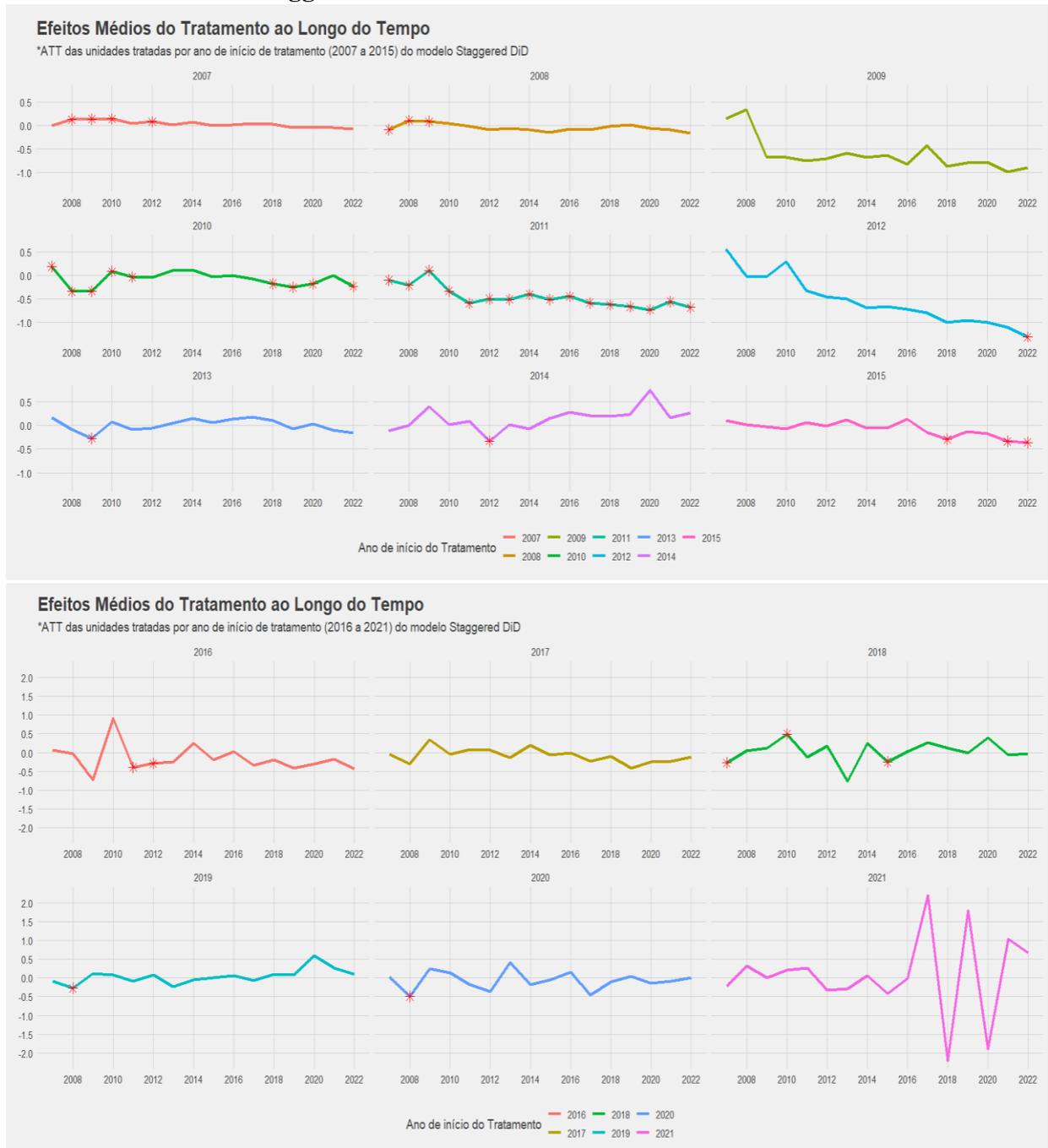
Na Tabela 1, são apresentados, em cada coluna, os resultados dos modelos de Diferença em Diferenças com a inclusão de diferentes conjuntos de variáveis de controle. Na coluna (1), verifica-se o resultado para a variável de tratamento Gestão OSS, sem a inclusão de nenhuma variável de controle. Com base nesses resultados, observa-se que as unidades hospitalares geridas por OSS estão associadas a uma redução média de aproximadamente 0,231 na taxa de mortalidade sob análise, *ceteris paribus*, apresentando significância estatística ao nível de 1%.

Também na Tabela 1, a coluna (2) indica os resultados do modelo com a inclusão de variáveis de controle socioeconômicas ao nível de município. Com base nesses resultados, observa-se que as unidades hospitalares geridas por OSS estão associadas a uma redução média de aproximadamente 0,218 na taxa de mortalidade sob análise, *ceteris paribus*, apresentando significância estatística ao nível de 1%.

Os resultados apresentados na coluna (3) indicam o modelo com a inclusão tanto de variáveis de controle socioeconômicas ao nível de município quanto das variáveis que indicam os partidos dos prefeitos e governadores eleitos, no município e no estado, respectivamente, em que a unidade hospitalar está localizada. Com base nesses resultados, verifica-se que as unidades hospitalares geridas por OSS estão associadas a uma redução média de aproximadamente 0,209 na taxa de mortalidade sob análise, *ceteris paribus*, apresentando significância estatística ao nível de 1%.

Em resumo, a variável de tratamento que indica se a unidade hospitalar é gerida por OSS apresentou significância com diferentes conjuntos de variáveis de controle. A robustez dos coeficientes estimados em diferentes especificações sugere que a gestão por OSS está de fato associada a melhorias nos indicadores de saúde analisados, independentemente de fatores socioeconômicos ou políticos que possam influenciar a gestão e os resultados dos hospitais.

Figura 3 – Efeito médio do tratamento das unidades tratadas por ano de início do tratamento – modelo staggered DiD.



Fonte: Elaboração própria.²

A Figura 3 apresenta o efeito médio do tratamento por ano de início do tratamento, por meio do modelo *staggered DiD*. O objetivo dessa abordagem é identificar se as unidades tratadas em momentos mais específicos foram mais

² Foi utilizado o pacote did no software R.

eficazes em reduzir a taxa de mortalidade por ICSAPs do que em outros períodos. Os pontos vermelhos representados no gráfico representam significância estatística ao nível de 5% para o grupo ano de início do tratamento e o período.

Com base nos resultados apresentados nessa figura, é possível notar que o tratamento indicou maior efetividade na redução da taxa de mortalidade por ICSAPs para as unidades tratadas em 2010, 2011 e 2015, considerando tanto a significância estatística quanto o valor do coeficiente associado. A hipótese subjacente é de que o tratamento apresente uma relação inversa com a variável dependente. Observa-se que, para esses anos, após o início do tratamento, houve alguns anos em que o tratamento foi significativo na redução desse indicador, embora os resultados sugiram uma variação heterogênea dos efeitos do tratamento ao longo do tempo, com flutuações nos impactos observados em diferentes períodos.

No que se refere aos demais anos de início do tratamento, não é possível identificar de maneira conclusiva se o tratamento teve algum efeito positivo ou negativo sobre a variável dependente. Esses achados reforçam a ideia de que o momento de adoção do tratamento pode ser crucial para seu sucesso. Algumas hipóteses acerca desses resultados podem ser levantadas, como a existência de condições mais propícias para a implementação desse tipo de gestão nos anos de 2010, 2011 e 2015, como aspectos que envolvam unidades hospitalares específicas que necessitavam de um choque de gestão, o quadro epidemiológico da época, entre outros fatores.

6 CONCLUSÃO

A adoção do modelo de gestão em saúde por Organizações Sociais de Saúde (OSS), fundamentado na Nova Administração Pública, e a constatação da necessidade de suplantar as dificuldades gerenciais intrínsecas ao modelo de Administração Direta pelo Estado, que apresenta uma série de ineficiências decorrentes da rigidez da burocracia estatal no tocante aos processos de contratação de mão de obra, aquisição de materiais, decisões sobre alocação de recursos, entre outros fatores, constituem uma mudança importante na forma como as políticas públicas são providas (Barbosa; Elias, 2010).

Os resultados apresentados neste estudo indicam que, para o indicador referente à taxa de mortalidade de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPs), a gestão por OSS tem um impacto significativo na redução desse indicador. Esse resultado corrobora a hipótese de maior eficiência desse modelo de gestão sobre o indicador de saúde utilizado como variável dependente. Ao avaliar o impacto sobre um indicador de saúde, permite-se analisar o efeito desse modelo de gestão sobre a finalidade principal de uma unidade de saúde, que é a provisão de serviço adequado e eficiente que vise a melhora do quadro clínico do paciente.

O mecanismo pelo qual essa melhoria no quadro de saúde do paciente se manifesta estaria intrinsecamente relacionado ao conjunto de estímulos gerados pela introdução da gestão por OSS na unidade hospitalar e pode envolver diversos fatores. Elementos como a flexibilização de regras; metas estabelecidas em contrato; mecanismos de mercado ou quase-mercado na provisão de serviços públicos; mecanismos de *accountability* para permitir maior transparência e controle pela sociedade civil; e mudança na perspectiva do paciente, no qual o beneficiário passa a ser visto como cliente, são alguns dos fatores que podem ajudar a explicar como a introdução da gestão por OSS é capaz de resultar em melhorias gerenciais que, por conseguinte, se refletiriam sobre indicadores de saúde (Mills, 1998).

Os resultados apresentados na Tabela 1, que constituem o método de *Difference-in-Differences* com *two-way fixed effects*, indicam que a variável

associada à gestão por OSS apresenta significância estatística ao nível de 1% em todos os três modelos realizados, os quais englobam a inclusão de diferentes variáveis de controle. No entanto, é importante reconhecer que, embora as estimativas indiquem uma associação positiva entre a gestão por OSS e a redução da taxa de mortalidade, estudos adicionais poderiam explorar melhor os mecanismos específicos pelos quais essa melhoria ocorre, como a alocação de recursos humanos, tempo de resposta mais ágil e maior capacidade de adaptação às necessidades locais. Esses fatores podem ser fundamentais para explicar o impacto positivo da adoção de OSS, especialmente em contextos hospitalares de alta complexidade.

No modelo (1), cuja única variável explicativa é a dummy que indica se a gestão da unidade hospitalar é feita por OSS, o coeficiente indica que as unidades hospitalares geridas por OSS estão associadas a uma redução média de aproximadamente 0,231 na taxa de mortalidade sob análise, *ceteris paribus*. O modelo (2) que inclui variáveis de controle socioeconômicas ao nível de município, indica que a gestão por OSS está associada a uma redução média de 0,218 na taxa de mortalidade sob análise, *ceteris paribus*. Por fim, o modelo (3), com a inclusão tanto de variáveis de controle socioeconômicas ao nível de município quanto das variáveis que indicam os partidos dos prefeitos e governadores eleitos, verifica-se que as unidades hospitalares geridas por OSS estão associadas a uma redução média de aproximadamente 0,209 na taxa de mortalidade sob análise, *ceteris paribus*.

Os resultados mais robustos e claros foram obtidos por meio do modelo de Difference-in-Differences com two-way fixed effects, o que permite concluir que a adoção da gestão por OSS está associada a uma redução significativa na taxa de mortalidade por ICSAPs. Embora a análise com o modelo staggered DiD tenha fornecido *insights* adicionais sobre a evolução dos efeitos ao longo do tempo, seus resultados foram mais ambíguos.

Os resultados encontrados neste estudo dialogam com a literatura sobre parcerias público-privadas (PPPs) e outras formas de gestão pública indireta analisadas ao longo do trabalho. Embora o modelo de OSS no Brasil não possua

um equivalente exato na literatura internacional, ele compartilha princípios fundamentais com iniciativas de delegação da gestão pública para entes privados com e sem fins lucrativos. Em estudos como o de Wang, Ke e Sankaran (2019), que analisam PPPs na China, e de Caballer-Tarazona e Vivas-Consuelo (2016), que avaliam o modelo Alzira na Espanha, identifica-se a flexibilização das regras administrativas e maior autonomia gerencial como elementos centrais para melhorar a eficiência na prestação de serviços. Da mesma forma, o estudo de Ferreira e Marques (2019) sobre PPPs em Portugal sugere que a transferência de responsabilidades para operadores privados pode trazer maior agilidade na alocação de recursos e maior capacidade de resposta às necessidades locais. Assim, embora o modelo OSS se diferencie por sua natureza sem fins lucrativos e foco no interesse público, ele se alinha a essas experiências internacionais no sentido de que a flexibilização gerencial e o estabelecimento de metas de desempenho são fatores que favorecem a eficiência e os resultados em saúde. Esses paralelos reforçam a validade dos achados sobre a redução na taxa de mortalidade por ICSAPs, uma vez que destacam que modelos que combinam maior autonomia operacional e *accountability* têm o potencial de melhorar os indicadores de saúde pública.

Esses resultados corroboram algumas conclusões a respeito do tema, sob uma nova perspectiva. Os resultados encontrados por Vera e Grove (2016) apontam que a contratação de OSS aumentou significativamente o número de consultas de atendimento básico por usuário do SUS. As estimativas indicam um aumento de aproximadamente uma consulta por usuário por ano em municípios que adotaram a contratação indireta. Além disso, o estudo mostra uma redução na taxa de internações por causas sensíveis à atenção básica, sugerindo que a gestão por OSS contribui para um melhor cuidado preventivo, o que reduz a necessidade de internações hospitalares. O modelo, cuja variável dependente indica a taxa de mortalidade infantil, não apresentou significância estatística. Dessa forma, este estudo, ao indicar que a gestão por OSS contribui para a redução na taxa de mortalidade de enfermidades associadas às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, sinaliza que a gestão por OSS pode

impactar positivamente indicadores de saúde e não apenas indicadores gerenciais.

Este estudo constitui uma contribuição significativa ao tema da gestão em saúde por entidades do Terceiro Setor, em particular as OSSs. Diante de um cenário de crise fiscal que limita a capacidade do Estado de aumentar as despesas com políticas de saúde, é de suma importância que os recursos alocados nessas políticas gerem os melhores resultados possíveis, possibilitando maior acesso e qualidade nos serviços de saúde pública à população. A realização de um estudo de abrangência nacional, utilizando técnicas econométricas robustas para estimar o efeito da adoção de gestão por OSS em unidades hospitalares, constitui uma contribuição relevante à literatura sobre o tema, suprimindo uma lacuna apontada por Bulhões et al., (2022) na avaliação de impacto de gestão por OSS sobre indicadores de saúde.

Há uma vasta gama de possibilidades de estudos a serem realizados nesta temática, como a avaliação de impacto da gestão por OSS em outros tipos de unidades de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Além disso, observa-se uma carência de estudos que analisem os contratos de gestão firmados com os diferentes entes federativos, a fim de avaliar o cumprimento das metas pactuadas.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, A. S. The role of private non-profit healthcare organizations in NHS systems: Implications for the Portuguese hospital devolution program. **Health Policy**, v. 121, n. 6, p. 699-707, 2017.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2483-2495, 2010.

BARCELOS, C. O. G. et al. Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. **Jornal brasileiro de economia da saúde**, 2022.

BARTOSOVA, Viera; PODHORSKA, Ivana. The importance of non-profit organization in globalized world: International comparison of American and European continent. In: **SHS Web of Conferences**. EDP Sciences, 2021.

BERMÚDEZ-TAMAYO, C., et al. "Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions." *Atención primaria* 33.6, 305-311, 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 02 abril 2024.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1998.

BRESSER-PEREIRA, L. C. B. Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 4, 1999, p. 5-29.

BULHÕES, B. et al. Shifting the management model of Brazilian health services: perceptions of major stakeholders on the participation of the private sector in public hospital administration. **Dialogues in Health**, v. 1, p. 100011, 2022.

CABALLER-TARAZONA, M.; VIVAS-CONSUELO, D. A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. **Health economics review**, v. 6, p. 1-7, 2016.

CALLAWAY, B; SANT'ANNA, Pedro HC. Difference-in-differences with multiple time periods. **Journal of econometrics**, v. 225, n. 2, p. 200-230, 2021.

CARRERA, M. B. M.; MALIK, A. M. Gestão pública da saúde no Brasil: perspectivas e desafios das organização social e parceria público-privada (PPP). In: **ENCONTRO DA ANPAD**, 37., 2013, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ANPAD, 2013.

CGE RJ (Controladoria Geral do Estado do Rio de Janeiro). Relatório de auditoria nº 51/2019: tema relevante: Organizações Sociais de Saúde. Rio de Janeiro, 2019.

CHAVES, L, A. et al. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210002, 2021.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As organizações sociais de saúde eo desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. *Dados*, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Gestão e planejamento*. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *A gestão do SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2015. p. 24-84. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2015). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-do-sus/>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

CORRY, O. Defining and theorizing the third sector. **Third sector research**, 2010, p. 11-20.

CREMEB. Classificação dos estabelecimentos de saúde. CREMEB, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.cremeb.org.br/index.php/classificacao-dos-estabelecimentos-de-saude/>>. Acesso em: 11 set. 2024.

DA SILVA, G. G. et al. Contratos de gestão com organizações sociais: o papel dos sistemas de controle interno como ferramenta de acompanhamento e fiscalização. **Revista Científica Hermes**, v. 21, p. 274-294, 2018.

FERNANDES, R. C. Privado porém público: o terceiro setor na América Latina. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.

FERREIRA, D. C.; MARQUES, R. C. Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. **Socio-Economic Planning Sciences**, v. 73, p. 100798, 2021.

FREEDMAN, S. M. et al. Designing difference in difference studies with staggered treatment adoption: Key concepts and practical guidelines. **National Bureau of Economic Research**, 2023.

GALIANI, S.; GERTLER, P.; SCHARGRODSKY, E. Water for life: The impact of the privatization of water services on child mortality. **Journal of political economy**, v. 113, n. 1, p. 83-120, 2005.

GRAZZIOLI, A. et al. Manual de procedimentos para o terceiro setor. Aspectos de gestão e de contabilidade para entidades de interesse social. Brasília, 2015.

HUSHIE, M. Public-non-governmental organisation partnerships for health: an exploratory study with case studies from recent Ghanaian experience. **BMC public health**, v. 16, p. 1-13, 2016.

KALIMULLAH, Nazmul Ahsan; ALAM, Kabir M. Ashraf; NOUR, M. M. Ashaduzzaman. New Public Management: Emergence and Principles. **BUP Journal**, v. 1, n. 1, 2012, p. 1-22.

KALLMAN, M. E.; CLARK, T. N. *The third sector: Community organizations, NGOs, and nonprofits*. **University of Illinois Press**, 2016. 268.

KRÜGER, T. R.; REIS, C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social & Sociedade**, p. 271-289, 2019.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENE, B. F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. In: **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. p. xlix, 446-xlix, 446.v, 2009.

LINDBECK, A. The welfare state-Background, achievements, problems. **IFN working paper**, 2006.

LINS, M. E. et al. O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 985-998, 2007.

MÂNICA, F. **Precisamos repensar o processo de qualificação e seleção das organizações sociais**. Portal das OSS, 26 jun. 2024. Disponível em: <https://www.portaldasos.com.br/wp-content/uploads/2024/06/2024.06.28-Conjur-Precisamos-repensar-o-processo-de-qualificacao-e-selecao-das-organizacoes-sociais.pdf>. Acesso em: 20/09/2024.

MARE (Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado do Estado), “Organizações Sociais”. Cadernos MARE de Reforma do Estado, vol. 2. Brasília, 1998.

MEDICI, A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. **Bacha EL, Schwartzman S, organizadores. Brasil: a nova agenda social**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Política Econômica, 2011, p. 23-93.

MEIRELLES, H. L. Burle Filho, J. E. **Direito administrativo brasileiro**, v. 42, 2016.

MILLS, A. To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries. **Health policy and planning**, v. 13, n. 1, 1998, p. 32-40.

MORAIS, H M. M. de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. e00194916, 2018.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Tendência dos gastos e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos na Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 4331-4338, 2018.

PUTNEY, P. Partnerships between the public sector and non-governmental organizations: the NGO role in health sector reform. In: **Partnerships between the Public Sector and Non-governmental Organizations: the NGO role in health sector reform**. 2000. p. 24-24.

RAHAL, C; MOHAN, J. The role of the third sector in public health service provision: evidence from 25,338 heterogeneous procurement datasets. **Center for Open Science**, 2022.

RAVIOLI, A. F.; SOÁREZ, P. C. De; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00114217, 2018.

RODRIGUES, A. F. O.; SALLUM, S. B. Análise econométrica da eficiência dos hospitais estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão. **Tribunal de Contas de Santa Catarina**, 2017.

SALAMON, L. M.; ANHEIER, H. The third world's third sector in comparative perspective. In: **International Perspectives on Voluntary Action**. Routledge, 2013. p. 60-93.

SANTOS, S. X. dos. *Organização do terceiro setor*. Natal: **EdUnP**, 2012.

SECOM. ENTENDA A PROPOSTA DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE DE BRASÍLIA: A PARCERIA QUE GERA UMA SAÚDE MELHOR PARA TODOS. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Comunicação, 2017.

SILVA, V. C.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1365-1376, 2016.

SRIVASTAVA, A. et al. Linkages between public and non-government sectors in healthcare: a case study from Uttar Pradesh, India. **Global public health**, v. 11, n. 10, p. 1216-1230, 2016.

THERBORN, G.; ROEBROEK, J. The irreversible welfare state: its recent maturation, its encounter with the economic crisis, and its future prospects. **International Journal of Health Services**, v. 16, n. 3, 1986, p. 319-338.

TIEMANN, O.; SCHREYÖGG, J. Changes in hospital efficiency after privatization. **Health care management science**, v. 15, p. 310-326, 2012.

VACCARO, S. B.; GOMES, T. dos S. Terceirização da gestão na Saúde Pública. SciELO-Editora **FIOCRUZ**, 2022.

VAZ, J. D. V. M. D.; BITTAR O. J. N. Hospitais gerais públicos: Administração direta e organização social de saúde. BEPA. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 14, n. 164, p. 33-47, 2017

VIACAVA, F. et al. Boletim Informativo do PROADESS, nº 9, out./2022: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise descritiva por sexo e idade e diagnósticos principais. 2022.

VICENTE, M. M. A crise do Estado de bem-estar social e a globalização: um balanço. **História e comunicação na ordem internacional. São Paulo: UNESP**, 2009, p. 123-146.

WANG, K.; KE, Y.; SANKARAN, S. Public-private partnerships in non-profit hospitals: Case study of China. **The International journal of health planning and management**, v. 34, n. 4, p. e1862-e1898, 2019.