

## Autoria

Marcelo Pollini<sup>1</sup>ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4750-2680>

## Instituição

<sup>1</sup>Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo, SP, Brasil.

## Autor Correspondente

Marcelo Pollini

e-mail: <[marcelo.pollini@cejam.org.br](mailto:marcelo.pollini@cejam.org.br)>

## Como citar este artigo

Pollini M. Proposta de Sistema de Remuneração para Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2025;4:e202540032. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202540032>.

## Submissão

27/12/2024

## Aprovação

13/02/2025

## Artigo Original

## Proposta de Sistema de Remuneração para Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde

## Proposal for a Remuneration System in Management Contracts with Health Social Organizations

## Resumo

**Objetivo:** Desenvolver um modelo de remuneração para contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS) no estado de São Paulo, integrando produção, custos fixos e mecanismos de remuneração variável. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, com análise documental de contratos de gestão, convênios e termos de colaboração relacionados às OSS no Brasil. O modelo se estrutura em cinco componentes principais: produção baseada na tabela SUS Paulista, custeio de despesas fixas, incentivos financeiros ligados à qualidade, eficiência operacional medida por Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG), e governança regionalizada. **Resultados:** O modelo propõe: remuneração baseada em produção, alinhada à tabela SUS Paulista; parcela fixa para custos administrativos e operacionais; incentivos para atuação regionalizada com Sistemas de Gestão Integrados (SIGs); incentivos financeiros vinculados a indicadores de qualidade; e incentivos à eficiência operacional. **Conclusão:** O modelo promove previsibilidade financeira, incentiva eficiência e qualidade e alinha as metas institucionais das OSS aos objetivos estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a integração regional.

**Descritores:** Contratos; Organizações sem Fins Lucrativos; Administração Financeira; Tabela de Remuneração de Serviços; Regionalização da Saúde.

## Abstract

**Objective:** To develop a remuneration model for management contracts with Social Health Organizations (OSS) in the state of São Paulo, integrating production, fixed costs and variable remuneration mechanisms. **Method:** Qualitative study, with documentary analysis of management contracts, agreements and collaboration terms related to OSS in Brazil. The model is structured in five main components: production based on the SUS Paulista table, costing of fixed expenses, financial incentives linked to quality, operational efficiency measured by Related Diagnosis Groups (DRG), and regionalized governance. **Results:** The model proposes: compensation based on production, aligned with the Paulista SUS table; a fixed portion for administrative and operational costs; incentives for regional action with Integrated Management Systems (SIGs); financial incentives linked to quality indicators; and incentives for operational efficiency. **Conclusion:** The model promotes financial predictability, encourages efficiency and quality, and aligns the institutional goals of the OSS with the strategic objectives of the Unified Health System (SUS), including regional integration.

**Descriptors:** Contracts; Nonprofit Organizations; Financial Management; Fee Schedules; Regional Health Planning.

## INTRODUÇÃO

Os contratos de gestão firmados entre o governo do Estado de São Paulo e as Organizações Sociais de Saúde (OSS) têm sido instrumentos estratégicos para a gestão dos serviços de saúde pública. Esse modelo, amplamente adotado em diversas regiões do Brasil, busca aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços oferecidos à população<sup>(1-2)</sup>.

A implementação das OSS em São Paulo destaca-se por sua autonomia administrativa e financeira, aliada ao uso de práticas de gestão inovadoras que têm contribuído para ganhos significativos de eficiência em comparação à administração direta<sup>(3-4)</sup>.

Apesar desses avanços, desafios críticos permanecem e, um dos principais problemas enfrentados é a ausência de reajustes financeiros adequados para refletir a inflação e o aumento dos custos operacionais. Isso compromete a sustentabilidade financeira das OSS e desestimula esforços adicionais para atender às demandas crescentes da população. Além disso, a ausência de mecanismos automáticos de repasse para produções que excedem o volume contratualizado gera um desalinhamento entre os objetivos institucionais e a realidade do sistema de saúde<sup>(5-8)</sup>.

Experiências internacionais, como o uso de modelos baseados em eficiência e qualidade em países europeus e asiáticos, demonstram que políticas bem estruturadas podem otimizar recursos públicos sem comprometer a qualidade assistencial. Esses modelos servem de referência para reflexão sobre como adaptar soluções globais ao contexto brasileiro, considerando as particularidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora existam estudos sobre remuneração em contratos com OSS, observa-se que poucos modelos integram, de forma estruturada, incentivos relacionados à produção, qualidade, eficiência e governança regionalizada. Estudos existentes muitas vezes exploram apenas um ou dois componentes desses modelos, deixando lacunas significativas na literatura sobre a integração e aplicação prática de soluções abrangentes<sup>(9-10)</sup>.

Essas lacunas motivam a proposta deste estudo, que busca contribuir com a criação de um modelo inovador de remuneração, visando equilibrar previsibilidade financeira, incentivos à eficiência e qualidade, e alinhamento estratégico com os princípios do SUS.

O estudo tem o objetivo de desenvolver um modelo de remuneração para contratos de gestão com OSS no estado de São Paulo, integrando produção, custos fixos e mecanismos de remuneração variável.

## MÉTODO

### Desenho e Cenário

Estudo de abordagem qualitativa, com análise documental de contratos de gestão, convênios e termos de colaboração relacionados às Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Brasil. O método não envolve experimentação direta, mas sim a análise e comparação de modelos existentes. Essa abordagem foi selecionada para compreender as práticas de remuneração e governança empregadas no contexto das OSS.

O estudo propõe um sistema de remuneração estruturado em cinco componentes principais: um componente de remuneração baseado na produção, utilizando a tabela SUS Paulista; um componente de parcela fixa destinado ao custeio de despesas operacionais; e três componentes de parcelas variáveis, vinculados à: atuação regionalizada por meio de Sistemas de

Gestão Integrados (SIGs), qualidade e eficiência, medida por Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG). Embora o DRG seja parte essencial para medir eficiência operacional, não constitui o método de pesquisa deste estudo, mas sim um dos pilares do modelo proposto.

### População e Amostra

Foram analisados 60 contratos de gestão, convênios de contratualização e termos de colaboração vigentes nos estados de São Paulo, Goiás, Espírito Santo, Minas Gerais e nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro.

A amostra foi selecionada com base em critérios de representatividade e diversidade, considerando diferentes abordagens de remuneração e modelos de governança aplicados no contexto das OSS. Os critérios de inclusão consideraram a disponibilidade pública dos documentos e a relevância para o escopo do estudo. Foram priorizados documentos acessíveis por meio das áreas de transparência dos sítios eletrônicos dos órgãos públicos correspondentes<sup>(11-16)</sup>.

### Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2024 e consistiu no levantamento de contratos de gestão, convênios de contratualização, termos de colaboração, relatórios financeiros e publicações acadêmicas sobre o tema.

Para garantir maior triangulação de dados, os documentos foram cruzados com informações complementares de estudos acadêmicos e relatórios públicos relevantes. Todos os documentos analisados estão listados na seção de referências, assegurando reprodutibilidade e transparência.

### Análise de Dados

A análise de dados seguiu as diretrizes do checklist *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR), recomendado pela Rede EQUATOR, para assegurar padronização, transparência e rigor metodológico<sup>(17)</sup>.

O software ATLAS.ti foi utilizado como ferramenta principal no processo de análise qualitativa dos contratos e documentos examinados. Sua aplicação permitiu a organização e a codificação dos dados de forma sistemática, garantindo maior rigor metodológico.

A análise foi estruturada em etapas, começando pela atribuição de códigos a trechos relevantes dos documentos, com base em critérios pré-definidos, como tipo de pagamento, variáveis consideradas e indicadores de desempenho. Posteriormente, os códigos foram agrupados em categorias temáticas, como "Eficiência Operacional", "Indicadores de Qualidade" e "Sustentabilidade Financeira", facilitando a identificação de padrões e discrepâncias.

A ferramenta também foi essencial para a triangulação de dados, permitindo a comparação entre diferentes contratos e fontes de informação, o que assegurou maior validade e consistência aos achados. Dessa forma, o uso do ATLAS.ti não apenas sistematizou o processo analítico, mas também contribuiu para a elaboração de insights mais precisos e embasados. As etapas da análise incluíram:

- 1. Codificação inicial:** Identificação de temas e conceitos relevantes nos documentos analisados, com base em critérios claros e replicáveis.

- 2. Triangulação de dados:** Comparação cruzada entre diferentes fontes de informação para garantir validade e consistência.
- 3. Organização de temas emergentes:** Agrupamento e classificação das categorias identificadas, destacando similaridades e diferenças entre contratos analisados.
- 4. Validação dos critérios:** Revisão dos critérios definidos com base em discussões teóricas e dados empíricos, assegurando uma base robusta para a discussão das implicações dos achados.

Essas etapas estruturadas possibilitaram uma comparação clara entre os contratos e a identificação de práticas inovadoras e lacunas nos modelos de remuneração atualmente utilizados.

### Aspectos Éticos e de Integridade

Por se tratar de um estudo baseado exclusivamente em dados secundários, sem envolvimento direto de seres humanos, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP). Todos os dados utilizados estão disponíveis publicamente, assegurando que os princípios de transparência e acessibilidade fossem respeitados. Ademais, o texto foi revisado com o apoio da ferramenta de I.A. ChatGPT Plus<sup>(18)</sup>, com o objetivo de aprimorar a clareza e a organização do conteúdo.

### RESULTADOS

A análise dos 60 contratos de gestão, convênios de contratualização e termos de colaboração revelou padrões e discrepâncias significativas nos modelos de remuneração utilizados pelos estados e municípios analisados.

Os padrões e discrepâncias foram emanados da análise dos contratos e codificados utilizando o software ATLAS.ti, com base em cinco (5) critérios:

- 1. Tipo de Pagamento:** Identificação da combinação entre parcelas fixas, variáveis e produção contratualizada.
- 2. Variáveis Encontradas:** Avaliação da presença de variáveis que influenciam na remuneração, como: produção contratualizada, indicadores qualitativos, indicadores de eficiência e disponibilização de equipe mínima de recursos humanos.
- 3. Frequência de Reajustes:** Determinação de mecanismos de atualização financeira para garantir previsibilidade.
- 4. Presença de Indicadores Desempenho:** Análise da presença de avaliação de Indicadores de Desempenho de Qualidade, Quantidade e Eficiência como metas contratualizadas.
- 5. Produção Contratualizada:** identificação da composição da parcela de remuneração vinculada à produção.

A utilização do ATLAS.ti possibilitou uma análise aprofundada, identificando padrões recorrentes e destacando lacunas nos modelos de remuneração vigentes e esses dados foram sintetizados na Tabela 1.

Observou-se, ainda, que nenhum dos ajustes analisados prevê mecanismos que protejam as OSS contra atrasos nos repasses, deixando-as vulneráveis a interrupções financeiras que podem comprometer a execução dos serviços de saúde pactuados.

Também, foi adotada uma matriz comparativa, Tabela 2, para

padronizar a avaliação entre estados e municípios, permitindo evidenciar semelhanças, diferenças e boas práticas. Essa abordagem revelou uma heterogeneidade nos mecanismos de remuneração e nos critérios utilizados para mensurar desempenho e eficiência.

Identificou-se que, embora modelos mistos sejam predominantes, há uma lacuna significativa na padronização de práticas que promovam equidade, regionalização e sustentabilidade financeira. Essa heterogeneidade reflete a ausência de diretrizes nacionais claras, permitindo que estados e municípios adotem abordagens diversas, o que não garante que estejam sempre alinhadas aos princípios do SUS.

Os contratos analisados demonstram que a ausência de mecanismos automáticos de reajuste é um ponto crítico, deixando as OSS vulneráveis às flutuações econômicas. Essa vulnerabilidade compromete diretamente a qualidade dos serviços e a capacidade de planejamento de médio e longo prazo. Por outro lado, alguns entes públicos, como Minas Gerais e o município do Rio de Janeiro, se destacaram pela inclusão de índices inflacionários em suas fórmulas de reajuste, oferecendo maior previsibilidade financeira.

Em relação aos indicadores de desempenho, a integração de métricas de qualidade e eficiência ainda é incipiente na maioria dos contratos. Apesar disso, exemplos de boas práticas foram observados, como a utilização de metas relacionadas à redução de infecções hospitalares e ao tempo médio de internação. Esses indicadores têm potencial para serem replicados e ampliados, considerando sua relevância para a melhoria dos desfechos clínicos.

A análise comparativa evidenciou que municípios como Rio de Janeiro e São Paulo apresentam modelos mais avançados em termos de diversificação de componentes remuneratórios. Esses modelos, que incluem variáveis como manutenção de equipes mínimas e desempenho institucional, oferecem uma base robusta para a construção de estratégias mais alinhadas às necessidades locais e às prioridades do SUS.

Essa estrutura permitiu uma análise crítica mais clara e detalhada, servindo como base para o desenvolvimento do modelo proposto. Além disso, a Figura 1 ilustra a estrutura dos componentes propostos no modelo de remuneração, combinando uma parcela baseada na produção, uma parcela fixa para custos operacionais, e três parcelas variáveis voltadas para governança regionalizada, qualidade e eficiência.

Os elementos integrantes da proposta de remuneração evidenciam o potencial do modelo integrado para superar as limitações identificadas nos contratos vigentes. Ao combinar previsibilidade financeira com incentivos voltados para a melhoria contínua e a integração regional, o modelo proposto busca alinhar as práticas das OSS aos princípios do SUS.

### DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam as vantagens significativas do modelo proposto em relação aos sistemas de remuneração vigentes. Ao integrar componentes fixos e variáveis, o modelo busca superar desafios como a imprevisibilidade financeira e a ausência de incentivos claros para qualidade e eficiência. Essa abordagem promove a sustentabilidade financeira dos contratos de gestão firmados com as OSS e alinha as metas institucionais das OSS aos princípios do SUS.

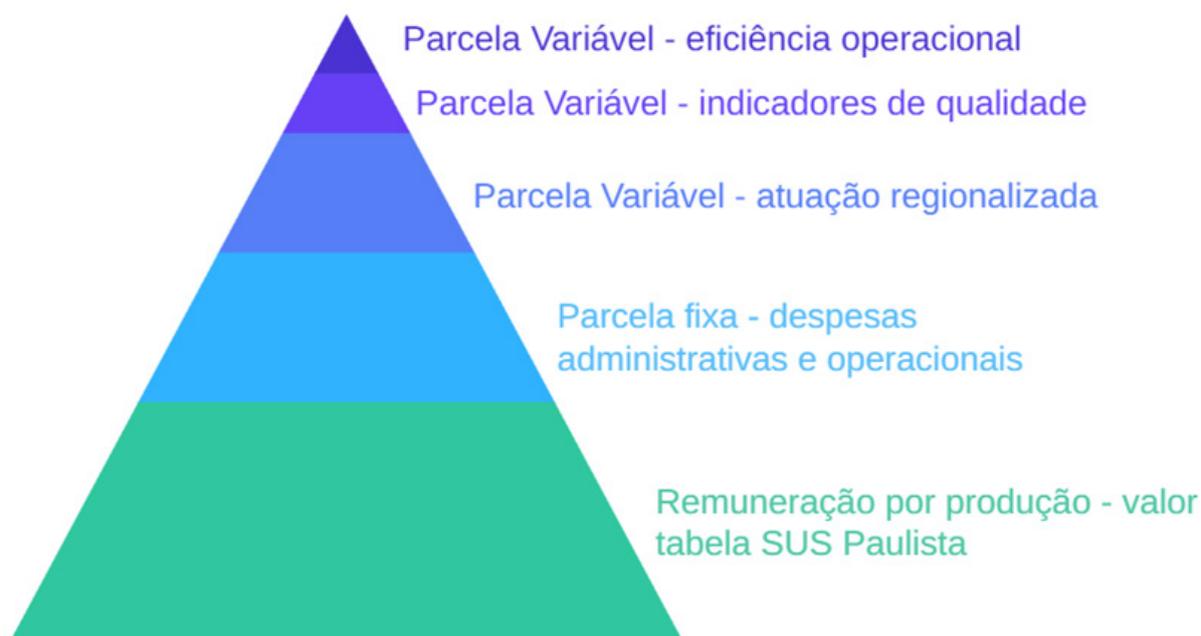
**Tabela 1** – Caracterização dos Contratos de Gestão e Convênios de Contratualização e Termos de Colaboração com OSS nos Estados e Municípios Analisados, São Paulo, Brasil, 2025.

Órgão Público	Nº Ajustes Analisados	Tipo de Pagamento	Variáveis Encontradas	Frequência Reajuste	Presença de Indicadores Desempenho	Produção Contratualizada
Estado de São Paulo	10	Fixo e Variável	Produção e Qualidade	Não Especificado	Indicadores de Produção e Qualidade	90%-80% do Repasse condicionado ao cumprimento da produção contratualizada
Estado de Minas Gerais	5	Fixo e Variável	Produção, Qualidade, Eficiência	Possibilidade de Reajuste pelo IPCA	Indicadores de Produção, Qualidade, Desempenho, Eficiência	90% do Repasse fixo condicionado ao cumprimento da produção contratualizada
Estado do Espírito Santo	10	Fixo, Variável e Por Produção	Produção, Qualidade, Eficiência	Não Especificado	Indicadores de Produção, Qualidade, Desempenho, Eficiência	Parte Pré fixada: 80% valor fixo e 20% Variável, metas de desempenho. Parte Pós fixada: produção de procedimentos pré-selecionados, valores definidos no ajuste
Estado de Goiás	10	Fixo e Variável	Produção e Qualidade	Não Especificado	Indicadores de Produção e Qualidade	90% do Repasse Fixo e 10% condicionado ao cumprimento metas de desempenho
Prefeitura de São Paulo	15	Fixo	Equipe Mínima, Produção e Qualidade	Não Especificado	Indicadores de Produção, de Qualidade e de Eficiência	Repasse condicionado a manutenção de equipe mínima, cumprimento da produção e de indicadores de qualidade
Prefeitura do Rio de Janeiro	10	Fixo, Variável e Por Produção	Produção, Qualidade, Eficiência, Performance	Possibilidade de Reajuste pelo Dissídio e pelo IPCA	Indicadores de Produção, Qualidade e Eficiência	Parte Fixa 92,5% vinculada à produção e pleno funcionamento da Unidade

**Tabela 2** – Matriz Comparativa para Padronizar a Avaliação entre Estados e Municípios, São Paulo, Brasil, 2025.

Categorias	Estado de São Paulo	Estado de Minas Gerais	Estado do Espírito Santo	Estado de Goiás	Prefeitura de São Paulo	Prefeitura do Rio de Janeiro
Integração clara entre metas de desempenho e os repasses financeiros	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM
Prevê Atuação regionalizada	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Proteção contra atrasos nos repasses	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Índices de reajuste	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
Monitora Indicadores de Qualidade	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Eficiência Operacional	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

**Figura 1** – Composição dos Componentes de Remuneração no Modelo Proposto, São Paulo, Brasil, 2025.



### Remuneração por Produção

A alocação majoritária dos recursos com base na tabela SUS Paulista (Figura 1) garante previsibilidade financeira e responsividade à demanda local. Essa medida é essencial para reduzir desigualdades e assegurar que unidades que excedem a produção contratualizada sejam devidamente remuneradas, incentivando a ampliação do acesso sem comprometer a qualidade dos serviços. Estudos reforçam que sistemas baseados em produção, quando bem estruturados, promovem eficiência e equidade<sup>(5)</sup>.

### Parcela Fixa para Custos Operacionais

A inclusão de uma parcela fixa destinada à manutenção de infraestrutura e despesas operacionais reconhece as necessidades contínuas das unidades de saúde. Este componente evita interrupções nos serviços essenciais e preserva o patrimônio público, alinhando-se às recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) sobre a importância de garantir estabilidade financeira para prestadores de serviços no setor público<sup>(6)</sup>.

Essa parcela tem como finalidade garantir a manutenção do prédio público e de seus equipamentos, preservando o patrimônio do Estado. Além disso, abrange custos administrativos fixos, abaixo relacionados, que muitas vezes independem do volume de produção, assegurando o funcionamento contínuo de serviços fundamentais.

- CME (Central de Material Esterilizado)
- NIR (Núcleo Interno de Regulação)
- Faturamento
- SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)
- Qualidade
- Ouvidoria
- Educação Continuada
- Engenharia Clínica
- Diretoria Geral
- Equipe do SND (Serviço de Nutrição e Dietética)
- Farmácia Central
- SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar)
- Lactário
- Higiene e Limpeza
- Hotelaria
- Recepção
- Serviço de Remoção
- Segurança Patrimonial
- SESMT
- Equipe de Tecnologia da Informação
- Telefonia e dados de internet
- Utilidades públicas (água, energia elétrica, GLP)
- Transporte Administrativo
- Rateio de despesas administrativas centralizadas na Sede da OSS

Essa estrutura garante a continuidade operacional, previne interrupções nos serviços e protege o patrimônio público contra a deterioração. Ademais, reconhece que as OSS são responsáveis pelo gerenciamento das unidades e serviços de saúde e pela conservação do patrimônio público<sup>(7)</sup>.

### Remuneração Variável: Governança Regionalizada

A atuação regionalizada por meio de Sistemas de Gestão Integrados (SIGs) permite alinhar políticas públicas às especificidades territoriais, promovendo uma abordagem mais eficiente e equitativa. Essa estratégia, amplamente apoiada por grandes instituições, fomenta a descentralização responsável e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Incentivos vinculados à governança regionalizada podem fortalecer a cooperação entre municípios e estado, reduzindo desigualdades no acesso e promovendo maior eficiência no uso dos recursos<sup>(19-20)</sup>.

### Remuneração Variável: Qualidade

A introdução de indicadores de qualidade no sistema de remuneração, como a redução de infecções hospitalares, a obtenção de certificações reconhecidas (ex.: Organização Nacional de Acreditação - ONA) e o aumento da satisfação dos usuários, representa um avanço estratégico para alinhar a gestão de recursos às metas de segurança do paciente e gestão de riscos. A experiência internacional, como destacada pela OCDE, demonstra que modelos baseados em qualidade têm o potencial de promover melhores desfechos clínicos, aumentar a confiança nos serviços prestados e reforçar a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde<sup>(6)</sup>.

No contexto brasileiro, esses indicadores se tornam ainda mais relevantes diante das desigualdades regionais na prestação de serviços e da necessidade de melhorar a equidade no acesso e na qualidade do atendimento<sup>(5)</sup>. Estudos sobre modelos gerenciais adotados no Brasil indicam que o uso de indicadores de desempenho em contratos de gestão com OSS fortalece a responsabilização e a transparência, além de contribuir para a criação de incentivos alinhados às metas de eficiência e humanização<sup>(21)</sup>.

Além disso, a aplicação de métricas robustas e reconhecidas, como taxas de infecção, índice de ocupação de leitos e tempo médio de permanência, permite a uniformidade na avaliação e facilita a comparação entre diferentes unidades de saúde. A literatura aponta que iniciativas estruturadas de monitoramento e avaliação, combinadas com auditorias independentes, são fundamentais para garantir que os indicadores de qualidade sejam efetivamente aplicados e cumpram seu papel de direcionar melhorias concretas nos serviços de saúde<sup>(22)</sup>.

Essas evidências corroboram a importância de integrar indicadores de qualidade ao modelo de remuneração como uma estratégia essencial para alinhar a performance das OSS às prioridades do SUS, promovendo não apenas maior eficiência, mas também resultados tangíveis na qualidade dos serviços prestados.

### Remuneração Variável: Eficiência

A utilização dos DRG como métrica de eficiência operacional reforça a integração de ferramentas amplamente aceitas em sistemas de saúde internacionais. Estudos realizados na China e em outros países demonstram que o pagamento baseado em DRG reduz custos hospitalares sem comprometer a qualidade<sup>(8,23)</sup>. No Brasil, essa metodologia tem potencial para aprimorar o controle de custos e a produtividade hospitalar, alinhando-se às demandas do SUS.

No Brasil, a metodologia DRG Brasil tem sido implementada em diversas instituições de saúde, incluindo hospitais públicos

e privados, com resultados positivos na melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços prestados. Por exemplo, a Prefeitura de Belo Horizonte adotou o DRG Brasil em sete hospitais 100% SUS, resultando em uma redução significativa do tempo de permanência dos pacientes e aumento do número de internações sem necessidade de recursos adicionais<sup>(24)</sup>. Da mesma forma, o Governo do Espírito Santo incorporou a metodologia DRG em sua Política Estadual de Contratualização, com o objetivo de aprimorar a eficiência dos serviços hospitalares no âmbito do SUS<sup>(25)</sup>.

Essas experiências nacionais destacam o potencial do DRG para otimizar o controle de custos e elevar a produtividade hospitalar, alinhando-se às demandas do sistema público de saúde brasileiro<sup>(26)</sup>. Além disso, ao possibilitar a padronização de indicadores de eficiência e desfechos clínicos, o DRG contribui para uma gestão mais transparente e integrada, fortalecendo a equidade e a sustentabilidade do SUS.

### Reajustes e Formas de Repasse

Para assegurar a sustentabilidade financeira do modelo proposto e garantir a previsibilidade dos custos operacionais, recomenda-se que os reajustes das parcelas fixas e variáveis sejam realizados anualmente com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O IPCA é amplamente utilizado como referência oficial de inflação no Brasil, refletindo a variação nos preços de bens e serviços consumidos pelas famílias, incluindo despesas relacionadas à gestão hospitalar, como energia, alimentação e salários<sup>(27-28)</sup>.

Para a tabela SUS Paulista, caso a atualização seja insuficiente ou irregular, propõe-se um reajuste anual baseado no Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) – Serviços de Saúde, também calculado pelo IBGE. Essa abordagem visa preservar o poder aquisitivo dos recursos transferidos às OSS, assegurando a manutenção da qualidade e eficiência dos serviços prestados<sup>(26-28)</sup>.

O modelo também propõe o pagamento antecipado das três primeiras parcelas – parte fixa, parcelas variáveis e produção estimada em 100% do volume contratualizado. Essa medida permite que as OSS iniciem a execução dos contratos com os recursos adequados para cobrir despesas operacionais e gerenciais, evitando atrasos ou interrupções.

A antecipação dos pagamentos contribui para o cumprimento das metas pactuadas, proporcionando maior previsibilidade financeira e operacional. Essa prática reduz riscos operacionais e assegura que as unidades concentrem esforços na melhoria contínua da qualidade e eficiência dos serviços prestados.

### Limitações do Estudo

Embora o modelo proposto aborde lacunas críticas identificadas nos sistemas vigentes, sua aplicação prática requer uma infraestrutura robusta de monitoramento e avaliação. Investimentos em tecnologias da informação, capacitação de equipes e auditorias regulares são essenciais para garantir a eficácia dos indicadores e o alinhamento dos incentivos com os objetivos estratégicos do SUS.

A dependência de dados secundários limitou a análise a informações já consolidadas, restringindo sua validação em cenários práticos. Além disso, a ausência de dados longitudinais dificulta a mensuração de impactos sustentáveis ao longo do tempo. Estudos futuros devem superar essas limitações por meio

de coleta primária de dados e da implementação de projetos-piloto em contextos regionais variados.

A seleção dos documentos analisados pode ter introduzido viés ao privilegiar contratos mais acessíveis, em detrimento de ajustes menos transparentes. Para mitigar essa limitação, recomenda-se a padronização dos critérios de seleção documental e o uso de auditorias independentes, que ampliem a abrangência e a confiabilidade da análise.

Resistências organizacionais e limitações financeiras são desafios previstos na implementação do modelo. A adoção de estratégias práticas, como a capacitação de equipes e a incorporação de tecnologias de informação, pode facilitar o processo de transição e reduzir barreiras à sua operacionalização.

### Contribuições para a Área

O estudo contribui para o campo da administração pública ao propor um modelo de remuneração que integra sustentabilidade financeira, qualidade, eficiência e governança regionalizada, servindo como referência para outros estados brasileiros.

O desenvolvimento e a análise demonstram que todos os aspectos fundamentais do modelo proposto foram abordados e discutidos de forma abrangente, garantindo consistência e embasamento para as recomendações apresentadas.

**Cenários de Aplicação:** O modelo proposto possui potencial para ser implementado em diferentes contextos, desde hospitais de alta complexidade até redes regionais de saúde. Essa flexibilidade permite que os componentes remuneratórios sejam adaptados às especificidades locais, maximizando sua eficiência e eficácia.

**Recomendações para Gestores:** Gestores devem adotar cronogramas claros de implementação, estabelecer ferramentas eficazes de monitoramento e criar *benchmarks* para comparar o desempenho das unidades contratualizadas. Essas ações garantem maior previsibilidade e consistência na aplicação do modelo.

**Projetos-Piloto:** A aplicação inicial do modelo em projetos-piloto é altamente recomendada para validar sua viabilidade operacional e medir seus impactos em cenários reais. Essa abordagem permite ajustes antes de sua expansão para contextos mais amplos.

Análises comparativas com outros estados e países também podem enriquecer o debate, oferecendo novas perspectivas para a evolução das políticas de remuneração no setor público.

### CONCLUSÃO

O sistema de remuneração proposto neste estudo apresenta uma solução inovadora e integrada para enfrentar desafios financeiros, operacionais e gerenciais nos contratos de gestão firmados entre o governo do Estado de São Paulo e as OSS.

Os resultados da análise documental destacaram padrões e lacunas significativas, como a ausência de mecanismos de reajustes automáticos, indicadores robustos de desempenho e instrumentos que garantam proteção contra atrasos nos repasses. O modelo proposto aborda essas lacunas ao combinar previsibilidade financeira, incentivos baseados em qualidade, eficiência e governança regionalizada.

A remuneração por produção, ancorada na tabela SUS Paulista,

oferece um sistema responsivo às demandas locais e alinhado às necessidades da população. Esse componente assegura a consistência nos repasses financeiros, incentivando a ampliação do acesso sem comprometer a qualidade dos serviços.

A parcela fixa, por sua vez, protege a continuidade operacional, garantindo a manutenção da infraestrutura e prevenindo a deterioração do patrimônio público. Este componente é essencial para assegurar a estabilidade financeira das OSS e possibilitar o funcionamento ininterrupto dos serviços.

Já as parcelas variáveis do modelo promovem um enfoque multidimensional, integrando indicadores de qualidade, eficiência e governança regionalizada. Essas iniciativas buscam reduzir desigualdades, melhorar a gestão de recursos e promover maior equidade no acesso aos serviços de saúde. Por exemplo, a introdução de métricas baseadas nos DRG permite classificar e avaliar a eficiência hospitalar ao correlacionar diagnósticos e tratamentos realizados com os recursos utilizados. A adoção de SIGs, por sua vez, fortalece a articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo uma abordagem regionalizada e colaborativa. Essa integração de ferramentas e práticas consolida a sustentabilidade e a eficiência do SUS.

A implementação eficaz do modelo proposto exige colaboração ativa entre gestores públicos, OSS e órgãos fiscalizadores, além de investimentos em infraestrutura de monitoramento, capacitação das equipes gestoras e adoção de tecnologias de informação. Esses elementos são cruciais para assegurar a precisão na mensuração dos indicadores e o alinhamento dos incentivos às metas estabelecidas. Ademais, é fundamental estabelecer mecanismos de auditoria independentes para reduzir possíveis vieses e garantir a transparência do processo.

Estudos futuros devem focar na validação do modelo em diferentes contextos regionais e institucionais, por meio de projetos-piloto, permitindo ajustes e aprimoramentos com base em evidências empíricas. Além disso, a troca de experiências com outros estados e países pode enriquecer o debate e fomentar a evolução das políticas de remuneração no setor público, contribuindo para sistemas de saúde mais equitativos e eficientes.

O modelo proposto destaca-se ao priorizar a sustentabilidade financeira, a qualidade dos serviços e a governança regionalizada. Ele reforça o papel estratégico das OSS no fortalecimento do SUS e serve como referência para outros estados brasileiros. Ao integrar soluções inovadoras com práticas baseadas em evidência, o modelo oferece um caminho promissor para superar os desafios existentes, promovendo a equidade, a eficiência e a excelência no atendimento à população.

Os resultados deste estudo reafirmam a importância de modelos de remuneração estruturados para o fortalecimento das OSS e do SUS como um todo. Ao abordar lacunas identificadas nos contratos vigentes, o modelo proposto representa um passo significativo rumo a um sistema de saúde mais eficiente, transparente e alinhado às necessidades da população brasileira. A continuidade desse debate e a implementação de soluções baseadas em evidências são cruciais para garantir avanços consistentes na gestão da saúde pública no país.

#### ASSISTÊNCIA DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Para aprimorar a clareza, fluidez e revisão gramatical do texto, foi utilizado o apoio da ferramenta de I.A. ChatGPT Plus versão 4.0 da OpenAI.

#### REFERÊNCIAS

1. Barbosa N, Elias P. Organizações sociais de saúde como forma de gestão pública/privada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2483-2495, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>.
2. Filho, Paulo Oliveira Vasconcelos. "Organizações sociais em saúde: gestão de instalações público-privadas." *Direitos humanos, valores públicos e liderança em políticas de saúde*, editado por Augustine Nduka Eneanya, IGI Global, 2019, pp. 228-246. Disponível em: <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-6133-0.ch011>.
3. Rodrigues C, Spagnuolo R. Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i3.22319>.
4. Meneses AS. Contribuição das organizações sociais para a gestão da atenção primária à saúde [editorial]. *Enferm Foco*. 2024;15:e-EDT20240002. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-EDT20240002>.
5. Donabedian, A. "The quality of care. How can it be assessed?" *JAMA* vol. 260,12 (1988): 1743-8. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.
6. OECD. Performance-based contracting for health services in developing countries: A toolkit. Washington: OECD; 2005. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/649511468314708749/performance-based-contracting-for-health-services-in-developing-countries-a-toolkit>.
7. LaForgia J, Couttolenc B. Hospital performance in Brazil: The search for excellence. Washington: World Bank Publications; 2008. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/815061468015870054/hospital-performance-in-brazil-the-search-for-excellence>.
8. Cao Z., Liu, X., Wang, X., Guo, M., & Guan, Z. (2024). Impacts of DRG-Based Prepayment Reform on the Cost and Quality of Patients with Neurologic Disorders: Evidence from a Quasi-Experimental Analysis in Beijing, China. *Risk management and healthcare policy*, 17, 1547–1560. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S458005>.
9. Santos MA. Contratação e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectivas / Maria Angélica Borges dos Santos, Luciana Mendes Santos Servo. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52367>.
10. Tonelotto DP, Crozatti J, Moraes VM de, Righetto P. Hospitais de alta complexidade do estado de São Paulo: uma análise comparativa dos níveis de eficiência obtidos pelos modelos de gestão de Administração Direta e de Organização Social. *Adm. Púb. e Gest. Social*. 2019;4(11):1-22. Doi: <https://doi.org/10.21118/apgs.v4i11.7175>.
11. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Portal da Transparência. Acesso em: 28 out. 2024. Disponível em: <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>.

12. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Transparência: Convênios, contratos de gestão, repasses e transferências. Acesso em: 12 nov. 2024. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/transparencia#convenios-contratos-de-gestao-repasses-e-transferencias/>.
13. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Convênios de Contratualização. Acesso em: 21 nov. 2024. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Convenios-de-Contratualizacao>.
14. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Acesso à Informação. Acesso em: 26 dez. 2024. Disponível em: [https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/aceso\\_a\\_informacao/339399](https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/aceso_a_informacao/339399).
15. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Portal da Transparência. Acesso em: 05 dez. 2024. Disponível em: <https://transparencia.prefeitura.rio/>.
16. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS. Acesso às Informações das Organizações Sociais de Saúde e Sociedade Civil. Acesso em: 16 dez. 2024. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/selecionar-aceso-as-informacoes-das-organizacoes-sociais/>.
17. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
18. OpenAI. ChatGPT Plus [Internet]. San Francisco (CA): OpenAI; 2024. Disponível em: <https://chat.openai.com/>.
19. CEJAM – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim. Regionalização da saúde: modelagem de processos regionalizados no CEJAM. 1ª ed. São Paulo: Pesquisa e Inovação Aplicada, Editora CEJAM; 2024. 35 p. ISBN: 978-65-85277-16-7.
20. PERDICARIS, Priscilla Reinisch. Contratualização de resultados e desempenho no setor público: a experiência do contrato programa nos hospitais da administração direta no Estado de São Paulo. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) - FGV - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/9390>.
21. Coube M, Fontes LF, Rocha R. Gestão Privada de Serviços Públicos de Saúde: evidências do modelo de OSS no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS); 2024. Disponível em: <https://ieps.org.br/setor-privado-e-relacoes-publico-privadas-da-saude-no-brasil-em-busca-do-seguro-perdido-estudos/>.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Ministério da Saúde lança programa de qualidade para auditoria interna no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/fevereiro/ministerio-da-saude-lanca-programa-de-qualidade-para-auditoria-interna-no-sus>.
23. Zhou Z, Su X, Gao J. Payment reform based on DRGs in public hospitals: A systematic review of experiences and evidence. Technol Health Care. 2023;31(1):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/THC-240110>.
24. Santos SR, Silva MR, Barbosa MC. Análise da eficiência hospitalar utilizando DRG no Brasil: Uma revisão sistemática. ArXiv. 2024;14 (12):1-12. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/1412.3801>.
25. DRG Brasil. Resultados econômicos e assistenciais de hospitais com o DRG Brasil. São Paulo: DRG Brasil; 2024. Disponível em: <https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/resultados-economicos-e-assistenciais-de-hospitais-com-o-drg-brasil/>.
26. DRG Brasil. DRG no SUS: Experiências do Espírito Santo e Belo Horizonte [Internet]. São Paulo: DRG Brasil; 2024. Disponível em: <https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/drg-no-sus/>.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IPCA: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo. Brasília: IBGE; 2024. Disponível em: <https://www.portalbrasil.net/ipca/>.
28. Banco Central do Brasil. Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) – Metodologia. Brasília: Banco Central do Brasil; 2024. Disponível em: <https://www4.bcb.gov.br/pec/series/port/metadados/mg41Dp.htm>.