

**HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO: Comparação
Entre Administração Direta e Gestão por Organizações Sociais**

DIEGO PUGLIESE TONELOTTO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP)

JAIME CROZATTI

EACH-USP - ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

VINICIUS MACEDO DE MORAES

EACH-USP - ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Agradecimento à orgão de fomento:

Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO: Comparação Entre Administração Direta e Gestão por Organizações Sociais

Resumo:

A terceirização de serviços públicos através de contratos de gestão foi um dos instrumentos mais implementados nos na década de 1990 como forma de marcar as reformas na administração pública que tiveram bases no movimento da *New Public Management*. Tais reformas buscaram aumentar a eficiência dos serviços e racionalizar o gasto público. Na área da saúde ocorreu principalmente nos hospitais, devido aos altos custos e níveis de especialização envolvidos nestas instituições. O presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise da eficiência operacional dos hospitais públicos de grande porte que atuam no atendimento de alta complexidade no Estado de São Paulo, geridos pela Administração Direta e por Organizações Sociais via contrato de gestão. Os dados foram obtidos no Portal da Transparência de São Paulo, no site da SEADE e no DATASUS. Os resultados indicam que os hospitais geridos por Organizações Sociais apresentavam nível de eficiência técnica maior se comparados aos geridos pelo próprio estado. Entre os fatores que explicam esta observação podem ser citados: maior flexibilidade na gestão dos recursos humanos e materiais; busca pelas metas contratualizadas; e, principalmente, distinção no porte destas instituições.

Palavras-chave: Gestão Pública, *New Public Management*, Hospitais Públicos, OSS – Organizações da Sociedade Civil em Saúde, Contrato de Gestão em Saúde.

1. Introdução

A saúde é apontada na Declaração Universal dos Direitos Humanos como direito fundamental da humanidade. Tem reconhecido reflexo no pleno desenvolvimento de um indivíduo e de uma sociedade. Na sociedade moderna o acesso a serviços de saúde pelo cidadão é regulado pelo estado. O Estado regula o mercado da saúde, legislando sobre o tema, fornecendo os serviços demandados pela população e executando ações e políticas preventivas ou com externalidades positivas (SANCHO, 2007). Cada país é igualmente formado por instituições, programas, pessoas e ações que buscam promover, restaurar ou manter a saúde (OMS, 2007).

No setor público, a gestão deste sistema baseia-se num aparente paradoxo: aumento da oferta para a efetividade dos serviços *vis a vis* limitação de recursos (SILVA e VIANA, 2011). Por esta condição observa-se pelo estado a busca de formas de atendimento à população que incentivem o empreendedorismo para melhora contínua na utilização dos recursos (VALENTE; 2010). Na saúde, os serviços prestados são categorizados pelo nível de complexidade: atenção básica, média e alta complexidade. O nível de atendimento da alta complexidade tem forte impacto financeiro nos orçamentos públicos (BRASIL, 2009). Os hospitais são as principais instituições responsáveis pelo fornecimento dos serviços e ações deste nível de atendimento. A maioria dos países passou por reformas visando reorganizar as estruturas de atendimento à população para enfrentar as dificuldades existentes no setor, cuja limitação orçamentária se configurou com uma dentre as principais (GOMES, 2005).

No bojo da *New Public Management* – *NPM* surgiram as parcerias com o setor não lucrativo da economia (BRESSER-PEREIRA, 2006a; MAJONE, 1999). O estado de São Paulo foi o ente federativo no qual melhor se observou a transferência da gestão da Administração Direta – AD para Organizações Sociais para a gestão de instalações hospitalares que prestam serviços de saúde pública (BRASIL, 1997) (SANO e ABRUCIO, 2008).

Esta condição criou estruturas de prestação de serviços demandados pela população. Há, agora, a necessidade de reflexões, a partir de estudos sistemáticos, de avaliar a viabilidade e desenvolvimento deste modelo de prestação de serviços pelo Estado. Neste contexto, o objetivo deste trabalho é analisar de forma comparada a eficiência (insumos x resultados) de hospitais públicos no atendimento de alta complexidade no Estado de São Paulo que atuam pelo SUS e são geridos via Administração Direta ou por Organizações Sociais. Para tanto, após uma breve contextualização apresenta os conceitos mais relevantes ligados aos objetivos e dados de caráter financeiros/orçamentários bem como os de estrutura e de produção de serviços de saúde obtidos em sites oficiais do Portal da Transparência do Estado de São Paulo, da SEADE e do DATASUS.

2. O SUS e as OSs

2.1 O SUS – Sistema Único de Saúde Brasileiro

Os serviços prestados pelo SUS são agrupados de acordo com o nível de complexidade e função na rede de atendimento. A Atenção Básica à Saúde (ABS) referem-se às ações de promoção e proteção da saúde. Na Média complexidade têm-se as ações voltadas aos principais problemas de saúde com atendimentos especializados. Na Alta complexidade se encontram as ações de tratamento e reabilitação com o uso de alta tecnologia e com alto custo unitário (BRASIL, 2009).

O governo federal formula políticas e ações, coordena o sistema, define métodos de controle de qualidade, identifica serviços, presta assistência para outros níveis de governo, regulamenta o setor privado e sua relação com o SUS e promove a descentralização como estratégia de fortalecimento da qualidade dos serviços; os estados promovem a descentralização para os municípios, com apoio e ações e políticas inspiradas pelo nível Federal da gestão do Sistema (BRASIL, 1990).

As receitas do SUS têm origem no Orçamento da Segurança Social que define claramente quais políticas públicas são identificadas como tal da mesma forma que maneira como serão financiadas (BRASIL, 2012). Em adição, a Constituição Federal aponta que a iniciativa privada pode atuar de forma complementar ao sistema, por contratos com o poder público (BRASIL, 1988).

2.2 As Organizações Sociais no Serviço de Saúde Pública

No Brasil, as formas de propriedade podem ser privadas, estatais e públicas não estatais. No terceiro grupo estão as Organizações Sociais: entidades públicas não estatais, sem fim lucrativo, qualificadas pelo poder público, habilitadas a realizar parcerias com o Estado através de contrato de gestão (BRESSER-PEREIRA, 2006b). O contrato de gestão é instrumento usado para delegar às Organizações Sociais a responsabilidade pela execução de parte de determinados serviços após um processo público de escolha (BAGGENTOSS e DONADONE, 2014).

Estudos como os de Rodrigues *et al* (2014) e de Sano e Abrucio (2008) sobre os hospitais geridos por OS's, indicam que estes apresentam melhores resultados comparados aos geridos pela Administração Direta. Algumas das explicações para este fato são a adoção do contrato de gestão, que muda a lógica da gestão com base em procedimentos, introduzindo objetivos e metas - o Estado de São Paulo acumulou experiência na gestão destes contratos pelo estado de São Paulo nas últimas décadas (CARNEIRO JR, NASCIMENTO e COSTA, 2011) -; a estrutura jurídica a que cada gestor está submetido, pois não sendo as Organizações Sociais regidas segundo as Leis do Direito Administrativo, têm maior flexibilidade para o uso

dos recursos, em especial os relativos à contratação de funcionários e aquisição de bens e serviços (BARBOSA e ELIAS, 2010); a experiência de gestão acumulada, pois as OSs que passaram a gerir hospitais públicos já tinham, no mínimo, 5 anos de experiência comprovada de gestão neste tipo de unidade de saúde, em um contexto de concorrência por recursos com outras instituições, utilizando mais os instrumentos de gestão e de qualidade na busca de seus objetivos do que os hospitais da administração direta (BAGGENSTOSS e DONADONE, 2014).

É neste momento da reflexão sobre as mudanças no modelo de gestão e oferta dos serviços de saúde que o presente trabalho se insere. A avaliação do nível de eficiência dos Hospitais geridos por OSs comparados aos que continuaram a ser geridos pela Secretaria de Estado da Saúde, ganha notoriedade e contribui para a discussão da validade da iniciativa razoavelmente consolidada no Estado de São Paulo.

3. Aspectos metodológicos

O trabalho caracteriza-se como estudo exploratório, de natureza quantitativa, com uma amostra não probabilística selecionada intencionalmente. Buscou-se estabelecer parâmetros que possibilitem a comparação de unidades de prestação de serviços de saúde de alta complexidade, o que limita o uso dos resultados (ALMEIDA, 2017). Os dados são secundários, de sites do estado de São Paulo. O orçamento estadual com o detalhamento dos repasses para cada instituição, foram obtidos através do portal da transparência do Estado de São Paulo; os dados referentes a insumos e procedimentos foram obtidos através do DATASUS e do banco de dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).

A identificação e avaliação do nível de eficiência se caracteriza como uma das mais relevantes questões práticas no que concerne à gestão financeira na esfera pública. Eficiência é a coerência da relação existente entre os insumos utilizados em relação aos produtos visados. Neste trabalho usou-se o total de leitos disponíveis e os recursos repassados para cada hospital pelo governo do estado de São Paulo, que se traduzem no emprego de esforços (insumos) para a obtenção de um máximo de resultados (produtos) - as taxas referentes à mortalidade e à média de ocupação dos leitos nos referidos hospitais.

Coelho (2017) afirma que eficiência se relaciona à utilização de recursos de modo a obter a melhor relação custo-benefício entre os objetivos estabelecidos e os recursos utilizados. A eficiência é um indicador da qualidade do uso dos recursos públicos, é uma medida de desempenho (MAXIMIANO, 2008). A preocupação com a eficiência no uso dos recursos públicos é de vital importância na busca dos objetivos dos programas sociais empreendidos pelo Estado (COHEN e FRANCO, 2004).

Buscou-se no orçamento estadual, no período em que os dados estão disponíveis (2010-16), hospitais que receberam recursos como transferências. Para garantir a homogeneidade dos grupos de hospitais, foram usados quatro critérios para inclusão dos hospitais no estudo: tipo de instituição, número de leitos, nível de complexidade e existência de informações disponíveis e completas para todo o período.

Tipo de instituição: como o objetivo é analisar a eficiência dos hospitais públicos pertencentes ao Estado de São Paulo geridos via Administração Direta e através de OS foram excluídos: os hospitais universitários ou com foco em ensino, os institutos especializados em apenas um tipo de atendimento – maternidades, oncológicos, conjuntos e complexos hospitalares, fundações, as que eram geridos por consórcios intermunicipais, e aquelas criadas via “Parcerias Público-Privadas” e geridos via convênio. Remanesceram 42 hospitais, 16 da Administração Direta e 26 geridos por OS. Destes, optou-se pelas que tem entre 100 e 450 leitos para homogeneização quanto ao porte do hospital, já que é nesta faixa de leitos que se

observa a maior economia de escala em instituições hospitalares, considerado o tamanho ótimo para estas organizações (MENDES, 2011). Por este critério, restaram 25 hospitais, 15 da Administração Direta e 10 geridos por OS.

Destes 25 hospitais, foram excluídos aqueles que não prestavam serviços na alta complexidade pelo SUS. Esta informação foi obtida nos sites das entidades e da Secretaria de Saúde e das OSs que os administram, de acordo com a lista de atividades da alta complexidade do Ministério da Saúde. Deste modo, restaram 11 hospitais, 6 da Administração Direta e 5 geridos por OSs.

Por fim foram excluídos 2 hospitais por não conterem todas as informações necessárias referente ao período analisado: um por estar em reformas; o outro por não ter as informações sobre repasse de recursos para os dois primeiros anos analisados. Assim, o presente trabalho analisou dados referentes a 9 hospitais de grande porte pertencentes ao Estado de São Paulo que prestam serviços na alta complexidade de atenção à saúde, sendo 5 geridos pela Administração Direta e 4 via OS - Organizações Sociais. São eles:

Administração Direta:

- a. Hospital Regional Sul
- b. Hospital Geral de São Mateus
- c. Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões
- d. Hospital Guilherme Álvaro
- e. Hospital Ipiranga

Organizações Sociais:

- a. Hospital Geral de Itapeverica da Serra (SECONCI)
- b. Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo (SPDM)
- c. Hospital Estadual Mario Covas (Fundação do ABC)
- d. Hospital Geral de Pirajussara (SPDM)

Os indicadores usados na análise são:

Quantidade de leitos, valores orçamentários liquidados no ano, quantidade de leitos hospitalares, quantidade de permanências, quantidade de permanências (alta complexidade), óbitos (alta complexidade), diárias na UTI, diárias na UTI (alta complexidade), autorização para internação hospitalar - AIH's pagas, AIH's pagas (alta complexidade), valor total das AIH's pagas, e valor total das AIH's pagas (alta complexidade).

Utilizou-se a análise por envoltório de dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*), metodologia introduzida por Farrell (1957) e popularizada por Charnes, Cooper e Rhodes (1978). Assume uma fronteira de produção com rendimentos constantes a escala, a qual se constrói mediante métodos de programação linear. Permite o cálculo da eficiência a partir de duas dimensões nos sistemas de produção: *inputs* e *outputs*.

Com base nas informações disponíveis para os hospitais identificados pelos critérios já descritos, foram calculados indicadores que tiveram como objetivo expor o porte destes hospitais, a relevância dos atendimentos de alta complexidade em relação ao total de atendimentos e medir o nível de eficiência no uso dos recursos recebidos do estado. Foram utilizadas as seguintes variáveis:

Inputs: Valores liquidados pelo Estado de São Paulo; Taxa inversa de AIH's pagas; Quantidade de leitos hospitalares

Outputs: Quantidade de AIH Total do Hospital; Taxa inversa dos Óbitos de Pacientes em serviços de Alta Complexidade

Reconhece-se que existem diferenças entre os grupos de hospitais haja vista fortes características de atuação. A alta complexidade envolve uma gama de tratamentos distinta e ampla. Optou-se por realizar a comparação com base na média dos grupos, que é o meio adequado indicado pela literatura referida (RODRIGUES, *et al*, 2014).

4. Resultados e Análises

4.1 Porte e financiamento

O porte das unidades hospitalares foi definido pelo número de leitos e montante dos recursos financeiros transferidos, haja vista a economia de escala, em relação ao total de leitos disponíveis para internação (MENDES, 2011). Os mais eficientes apresentarão técnicas e serviços prestados que os diferenciarão pelo valor financeiro unitário menor e taxa de resolubilidade maior.

Tabela 01 – Quantidade de Leitos por Hospital

Hospitais / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	187	192	192	192	192	192	192	191	194
C. Luzia de Pinho Melo	276	282	282	282	282	282	282	282	282
Est. Mario Covas	299	299	299	299	291	299	299	299	295
Geral de Pirajussara	285	299	299	299	299	299	299	299	299
Média	261,8	268,0	268,0	268,0	266,0	268,0	268,0	267,8	267,5
Administração Direta									
Reg. Sul	248	226	226	242	242	242	252	252	172
Geral de São Mateus	227	265	265	265	265	265	265	265	231
Reg. Dr Vivaldo M. Simões	212	212	212	212	212	212	212	212	212
Guilherme Álvaro	299	299	274	271	257	246	246	245	248
Ipiranga	241	241	234	234	235	235	235	235	235
Média	245,4	248,6	242,2	244,8	242,2	240,0	242,0	241,8	219,6

Fonte: DATASUS/CNES

Observa-se que as Organizações Sociais apresentam, na média, um porte ligeiramente maior do que os da Administração Direta. Nota-se que a diferença da quantidade de leitos entre ambos os grupos se ampliou durante o período devido à diminuição de leitos em alguns hospitais da Administração Direta e o aumento naqueles geridos por OS.

Tabela 02 – Total de recursos financeiros liquidados por hospital (milhões de reais)

Hospitais / Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais							
Itapecerica Da Serra	101,3	115,3	127,1	106,2	110,1	113,4	114,2
C. Luzia De Pinho Melo	131,7	135,0	148,6	152,3	144,1	155,5	158,1
Est. Mario Covas	126,9	150,6	176,8	165,4	178,0	183,9	178,6
Geral de Pirajussara	132,8	126,5	125,1	125,1	113,8	120,0	119,9
Média	123,2	131,9	144,4	137,3	136,5	143,2	142,7
Administração Direta							
Reg. Sul	104,6	108,7	109,2	129,8	123,4	119,2	109,1
Geral De São Mateus	92,3	96,3	102,9	116,5	109,1	104,0	90,1
Reg. Dr Vivaldo M Simões	108,9	113,4	116,9	131,1	120,0	116,7	98,0
Guilherme Álvaro	101,2	105,4	110,0	130,6	125,3	113,9	94,6
Ipiranga	114,3	113,6	112,4	128,9	128,8	115,9	103,4
Média	104,2	107,4	110,2	127,3	121,3	113,9	99,0

Fonte: DATASUS/ SESSP/SIH

A Tabela 02 mostra tendência semelhante à Tabela 01 quanto aos recursos financeiros. O valor mais alto da AD aproxima-se do valor mais baixo da OS, com tendência de aumento para os anos finais no período.

Tabela 03 – Relação de recursos financeiros por leitos (em milhares de reais)

Hospitais / Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais							
Itapecerica da Serra	527,6	600,4	661,7	553,2	573,5	593,9	588,6
C. Luzia de Pinho Melo	467,1	478,6	526,9	540,2	510,9	551,3	560,5
Est. Mario Covas	424,4	503,6	607,6	553,1	595,3	615,1	605,5
Geral de Pirajussara	444,0	423,1	418,2	418,5	380,5	401,5	401,1
Média	465,8	501,4	553,6	516,3	515,1	540,5	538,9
Administração Direta							
Reg. Sul	463,0	449,1	451,2	536,3	489,6	472,8	634,6
Geral De São Mateus	348,4	363,3	388,4	439,7	411,7	392,6	390,0
Reg. Dr V. M Simões	513,5	534,7	551,6	618,2	566,2	550,6	462,1
Guilherme Álvaro	369,2	388,9	428,0	530,8	509,3	465,0	381,4
Ipiranga	488,5	485,3	478,3	548,5	547,9	493,3	439,9
Média	436,5	444,3	459,5	534,7	504,9	474,9	461,6

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 03 mostra que, em média, os hospitais das OSs tiveram maiores valores de recursos por leito do que os da AD. Dentre os hospitais geridos por OSs o de Itapecerica da Serra tem a maior média em todos os anos da série. Para os da Administração Direta o Hospital Regional Dr. V. M. Simões é que a tem até o ano de 2015. Em 2016 foi superado pelo Regional Sul. Nas seções seguintes analisaremos a composição dos serviços prestados por estas instituições, com foco nos procedimentos de alta complexidade.

4.2 Nível dos atendimentos de Alta Complexidade

O nível de especialização no tipo de atendimento prestado pelo hospital gera ganhos de eficiência (RAMOS, et. al., 2015).

Tabela 04 – Proporção das AIH's na alta complexidade em relação ao total AIH's recebidas

Hospitais / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
Itapecerica Da Serra	0,8%	0,6%	0,8%	1,2%	2,4%	2,9%	3,4%	3,8%	6,2%
C. Luzia.de P. Melo	1,8%	1,9%	2,6%	3,5%	3,2%	4,8%	5,4%	5,5%	9,4%
Est. Mario Covas	5,7%	11,7%	14,0%	21,6%	20,4%	16,2%	19,0%	26,5%	28,1%
G. de Pirajussara	3,7%	5,7%	5,9%	4,2%	6,9%	11,1%	14,4%	13,0%	14,6%
Média	3,0%	5,0%	5,8%	7,6%	8,2%	8,8%	10,6%	12,2%	14,6%
Administração Direta									
Reg. Sul	0,6%	0,7%	1,2%	1,6%	2,1%	2,1%	1,7%	0,9%	0,7%
G. de São Mateus	0,3%	1,0%	0,9%	0,6%	0,8%	0,6%	0,8%	0,9%	1,0%
Reg. Dr V M. Simões	6,1%	2,3%	4,6%	7,5%	7,3%	6,8%	7,6%	7,5%	9,1%
Guilherme Álvaro	4,3%	6,1%	5,8%	6,1%	5,3%	5,7%	4,7%	3,6%	3,3%
Ipiranga	2,8%	2,8%	2,7%	2,4%	2,7%	2,3%	3,3%	3,6%	4,6%

Média	2,8%	2,6%	3,0%	3,6%	3,6%	3,5%	3,6%	3,3%	3,7%
-------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que nas OSs a proporção de internações da alta complexidade é maior do que no grupo da AD. Em 2008 a diferença era de 0,2%, e passou a 10% em 2016. O aumento ocorreu com maior intensidade nos hospitais contratualizados.

Tabela 05 – Proporção dos valores das AIH's na alta complexidade em relação ao valor total de AIH recebidas

Hospitais / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
Itapecerica Da Serra	2,0%	1,0%	1,0%	2,0%	2,0%	3,0%	4,0%	4,0%	7,0%
C. Luzia de P. Melo	5,0%	5,0%	8,0%	10,0%	10,0%	19,0%	21,0%	20,0%	29,0%
Est. Mario Covas	21,0%	31,0%	37,0%	45,0%	43,0%	43,0%	49,0%	53,0%	53,0%
G. de Pirajussara	13,0%	12,0%	14,0%	12,0%	14,0%	16,0%	15,0%	13,0%	20,0%
Média	10,3%	12,3%	15,0%	17,3%	17,3%	20,3%	22,3%	22,5%	27,3%
Administração Direta									
Reg. Sul	2,0%	1,0%	1,0%	1,0%	2,0%	2,0%	2,0%	1,0%	1,0%
G. De São Mateus	1,0%	4,0%	3,0%	2,0%	3,0%	2,0%	3,0%	3,0%	3,0%
Reg. Dr V.M Simões	11,0%	4,0%	9,0%	15,0%	14,0%	12,0%	14,0%	13,0%	16,0%
Guilherme Álvaro	8,0%	9,0%	10,0%	12,0%	9,0%	11,0%	10,0%	7,0%	8,0%
Ipiranga	6,0%	6,0%	5,0%	6,0%	6,0%	5,0%	7,0%	10,0%	13,0%
Média	5,6%	4,8%	5,6%	7,2%	6,8%	6,4%	7,2%	6,8%	8,2%

Fonte: Elaboração própria.

A trajetória das AIHSs segue a mesma tendência AIH na Tabela 03. Porém, não seguem o mesmo ritmo de quantidades e valores. Há diferentes tratamentos que demandam internações, sendo cada um destes tratamentos pagos segundo uma tabela pré-estabelecida pelo Ministério da Saúde. A relação entre procedimentos e recursos é superior nas OS. Há tendência de inversão, enquanto as OSs mostram queda a AD mantém constância.

Tabela 06 – Proporção de permanências na alta complexidade em relação ao total de permanências.

Hospitais / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
Itapecerica Da Serra	1,3%	0,5%	0,6%	0,9%	0,5%	0,7%	0,7%	0,6%	0,7%
C. L. de Pinho Melo	2,9%	2,9%	3,9%	5,6%	4,9%	6,8%	7,3%	8,1%	8,1%
Est. Mario Covas	8,6%	22,6%	20,5%	24,2%	25,3%	20,5%	27,9%	25,8%	26,1%
G. de Pirajussara	6,7%	7,8%	7,8%	7,7%	7,7%	8,3%	6,9%	5,3%	6,5%
Média	4,9%	8,5%	8,2%	9,6%	9,6%	9,1%	10,7%	10,0%	10,4%
Administração Direta									
Reg. Sul	1,6%	1,3%	2,2%	2,1%	2,6%	2,7%	2,4%	1,8%	1,3%
Ger. de São Mateus	0,8%	2,1%	1,9%	0,7%	1,1%	0,7%	1,1%	1,0%	0,8%
Reg. Dr V M Simões	10,5%	4,0%	7,7%	12,4%	11,5%	12,1%	10,5%	10,2%	13,2%
Guilherme Álvaro	9,5%	11,3%	10,5%	9,1%	7,1%	6,9%	5,7%	5,1%	4,1%
Ipiranga	5,2%	4,3%	4,5%	4,0%	4,0%	2,9%	3,3%	4,6%	5,5%
Média	5,5%	4,6%	5,4%	5,7%	5,3%	5,1%	4,6%	4,5%	5,0%

Fonte: Elaboração própria.

A proporção de permanências também mantém aumento da alta complexidade nos hospitais geridos pelas OSs e estabilidade nos da AD. Nas OSs a quantidade de leitos em tratamentos deste nível de complexidade aumentou em relação ao total. Nota-se que a heterogeneidade dos grupos se ampliou no período em relação à quantidade de procedimentos na alta complexidade frente ao total das permanências.

Tabela 07 – Proporção de diárias na UTI de alta complexidade por total de permanências na alta complexidade.

Hospitais / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	19,1%	2,8%	4,3%	14,8%	3,2%	5,1%	14,2%	10,0%	2,6%
C. L. de Pinho Melo	10,2%	8,1%	12,6%	12,2%	12,2%	13,2%	10,6%	15,5%	10,9%
Est. Mario Covas	22,5%	21,0%	23,9%	23,1%	24,2%	27,9%	24,9%	22,5%	19,4%
G.de Pirajussara	14,0%	8,6%	11,7%	10,3%	14,4%	6,8%	12,3%	13,0%	18,3%
Média	16,5%	10,1%	13,1%	15,1%	13,5%	13,3%	15,5%	15,3%	12,8%
Administração Direta									
Reg. Sul	15,3%	0,3%	3,1%	1,1%	5,9%	0,9%	6,6%	1,5%	3,8%
G. de São Mateus	5,8%	9,5%	8,3%	8,0%	2,7%	6,0%	20,0%	22,8%	20,1%
Reg. Dr VM Simões	2,1%	0,1%	3,4%	5,2%	4,6%	5,5%	9,9%	11,0%	12,7%
Guilherme Álvaro	8,3%	6,2%	8,8%	14,6%	14,2%	10,5%	17,0%	15,1%	20,1%
Ipiranga	2,4%	7,5%	2,2%	1,8%	4,2%	6,7%	6,9%	8,4%	10,2%
Média	6,8%	4,7%	5,2%	6,1%	6,3%	5,9%	12,1%	11,8%	13,4%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 08 – Proporção de diárias na UTI alta complexidade em relação ao total de diárias na UTI.

Hospitais / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	3,0%	0,1%	0,2%	1,0%	0,1%	0,3%	0,8%	0,4%	0,1%
C. L. de Pinho Melo	6,0%	3,8%	7,6%	10,6%	9,7%	14,8%	15,1%	20,0%	13,5%
Est. Mario Covas	16,3%	21,4%	25,1%	28,6%	26,2%	26,9%	29,5%	30,3%	26,9%
G. de Pirajussara	9,4%	6,9%	10,0%	9,3%	12,3%	6,3%	7,9%	6,4%	12,9%
Média	8,7%	8,1%	10,7%	12,4%	12,1%	12,1%	13,3%	14,3%	13,4%
Administração Direta									
Reg. Sul	2,9%	0,0%	0,7%	0,2%	1,6%	0,3%	2,4%	0,3%	0,6%
G. de São Mateus	0,8%	1,9%	1,6%	0,6%	0,3%	0,4%	1,9%	2,0%	1,6%
Reg. Dr VM Simões	7,4%	0,2%	8,6%	16,7%	13,8%	11,7%	16,6%	17,0%	18,2%
Guilherme Álvaro	7,8%	5,4%	7,5%	10,5%	6,9%	4,5%	5,5%	4,3%	4,8%
Ipiranga	2,5%	7,3%	2,5%	1,5%	3,2%	3,7%	3,1%	6,1%	8,0%
Média	4,3%	3,0%	4,2%	5,9%	5,2%	4,1%	5,9%	5,9%	6,6%

Fonte: Elaboração própria.

Na análise dos indicadores de UTI, o total de leitos na alta complexidade cresceu na AD; nas unidades gerenciadas por OSs mantiveram-se em 13,4%, sem tendência. A alta complexidade apresentou tendência de maior aumento nos hospitais das OSs.

4.3 Indicadores Operacionais: os níveis de serviços prestados

Aqui apresenta-se os dados para avaliar a eficiência operacional com foco nas ações na alta complexidade.

Tabela 09 – Média da quantidade de permanências por quantidade de leitos ao ano.

Hospitais / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
Itapecerica Da Serra	258,6	287,7	296,4	287,3	295,5	293,4	296,6	299,8	298,2
C. L. de Pinho Melo	292,2	333,9	336,0	349,7	332,4	346,2	338,4	354,6	356,9
Est. Mario Covas	217,0	209,4	242,7	230,1	221,4	209,2	220,6	220,0	226,3
Geral de Pirajussara	281,8	259,5	272,9	265,3	246,6	257,4	263,3	249,6	264,8
Média	262,4	272,6	287,0	283,1	274,0	276,6	279,7	281,0	286,6
Administração Direta									
Reg. Sul	212,6	273,0	304,5	255,8	259,4	223,3	247,0	223,0	343,4
Geral De São Mateus	196,5	128,0	190,6	226,2	210,8	158,0	145,0	186,8	219,3
Reg. Dr V. M Simões	177,9	200,6	214,9	230,8	212,4	211,4	225,5	206,3	173,2
Guilherme Álvaro	201,6	246,0	256,6	256,8	214,9	224,5	245,7	250,2	229,8
Ipiranga	278,5	332,7	300,5	258,1	251,6	249,3	254,7	266,7	277,0
Média	213,4	236,1	253,4	245,5	229,8	213,3	223,6	226,6	248,5

Fonte: Elaboração própria.

Quanto maior a quantidade de leitos, menor o tempo médio de permanência do paciente. Este dado indica período mais curto para o tratamento, menos recursos e menores probabilidades de infecção hospitalar (RAMOS, *et al*, 2015). Os hospitais geridos pelas OS apresentam resultado visivelmente superior. Em 2013, a diferença das médias entre os grupos foi de mais de 60 atendimentos por leito.

Tabela 10 – Proporção de óbitos na alta complexidade em relação ao total AIH's na alta complexidade

Hospitais / Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	9,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%
C. L. De P. Melo	11,1%	6,8%	7,5%	7,3%	9,5%	9,1%	8,4%	8,9%	7,1%
Est. Mario Covas	5,9%	5,4%	4,9%	3,9%	3,5%	4,6%	5,2%	3,0%	2,8%
G. de Pirajussara	8,2%	4,1%	4,1%	5,3%	3,0%	3,2%	1,8%	1,3%	2,3%
Média	8,6%	4,1%	4,1%	4,7%	4,1%	4,3%	3,9%	3,3%	3,1%
Administração Direta									
Reg. Sul	28,1%	22,7%	24,4%	6,5%	4,1%	3,7%	3,2%	3,8%	8,6%
G. de São Mateus	14,3%	17,9%	12,8%	9,5%	8,6%	15,4%	12,8%	9,2%	8,2%
Reg. Dr V M Simões	17,9%	18,7%	22,5%	25,0%	20,6%	22,6%	21,6%	27,8%	24,7%
Guilherme Álvaro	18,2%	13,7%	13,9%	8,7%	8,6%	8,6%	7,8%	9,4%	9,2%
Ipiranga	7,4%	9,5%	5,5%	4,3%	2,2%	2,3%	4,1%	4,0%	2,6%
Média	17,2%	16,5%	15,8%	10,8%	8,8%	10,5%	9,9%	10,8%	10,7%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 11 – Proporção de óbitos na alta complexidade em relação a permanências na alta complexidade

Hospitais / ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Organizações Sociais									
Itapecerica da Serra	1,5%	0,0%	0,0%	0,8%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,0%
C. L de Pinho Melo	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,7%
Est. Mario Covas	1,7%	3,4%	2,6%	2,1%	2,2%	1,4%	1,8%	1,2%	1,3%
G. de Pirajussara	0,8%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,4%	0,2%	0,1%	0,3%

Média	1,0%	0,9%	0,8%	0,9%	0,8%	0,6%	0,7%	0,5%	0,6%
Administração Direta									
Reg. Sul	1,9%	1,9%	2,0%	0,8%	0,5%	0,4%	0,3%	0,3%	0,8%
G. de São Mateus	1,1%	2,0%	1,1%	1,6%	1,2%	2,1%	1,4%	1,2%	1,5%
Reg. Dr V. M. Simões	1,3%	1,3%	1,7%	2,1%	1,8%	1,6%	1,9%	2,2%	1,8%
Guilherme Álvaro	1,0%	0,9%	1,0%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%
Ipiranga	0,6%	1,0%	0,5%	0,5%	0,3%	0,3%	0,7%	0,6%	0,4%
Média	1,2%	1,4%	1,3%	1,1%	0,9%	1,1%	1,0%	1,1%	1,1%

Fonte: Elaboração própria.

A proporção de óbitos mede a taxa de mortalidade hospitalar média. Reflete a resolubilidade e qualidade da assistência prestada (RAMOS, *et al*, 2015). Observa-se uma evolução positiva em ambos os grupos, evidência de melhora na qualidade dos serviços prestados. A média da AD é duas vezes a das OSs. A taxa de mortalidade em relação ao total de permanências tem diferença mínima entre os grupos. Estudos que utilizam o indicador evidenciam relação inversa, apontando para efeito positivo da especialização das equipes de saúde (RAMOS, *et al*, 2015).

4.4 O nível de eficiência nos hospitais com base no DEA

Conforme descrito no tópico 03 deste trabalho, foram selecionados três *inputs* e dois *outputs* para a identificação do nível de eficiência no uso dos recursos para os nove hospitais selecionados para o trabalho: Valores liquidados pelo Estado de São Paulo, Taxa inversa de AIH's pagas e Quantidade de leitos hospitalares, como *inputs*; Quantidade de AIH Total do Hospital; Taxa inversa dos Óbitos de Pacientes em serviços de Alta Complexidade, como *outputs*. Estas variáveis foram validadas em outro estudo (SIQUEIRA *et al.*, 2017) e estão contemplados na definição da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA, 2008) como indicadores relevantes para a avaliação em saúde. Refletem a capacidade de financiamento do Estado de São Paulo para o funcionamento dos hospitais e os resultados esperados pelos cidadãos (RAMOS, *et al*, 2015).

O conceito de eficiência usado neste trabalho está pautado na otimização dos recursos, ou seja, como maximizar os resultados dada a oferta de insumos pelo ordenador da despesa. A análise foi embasada nos Modelos orientados para a maximização de *output* (produtos): pela máxima expansão do *output* (produtos) dada quantidade de *input* (insumo). Selecionamos três anos (2010, 2013 e 2016) como base para observar os efeitos a longo prazo (ROCHA e GIUBERTI 2007).

Tabela 12 – Índice de eficiência dos hospitais (Escala CRS e VRS) – Anos: 2010, 2013 e 2016

Hospital	2010		2013		2016	
	CRS_TE	VRS_TE	CRS_TE	VRS_TE	CRS_TE	VRS_TE
Organizações Sociais						
Itapecerica da Serra	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
C. L de Pinho Melo	0.934048	0.999404	1.000.000	1.000.000	0.968346	1.000.000
Est. Mario Covas	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
G. de Pirajussara	0.990363	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Administração Direta						
Reg. Sul	0.964361	0.997600	0.908460	0.999600	0.935510	0.999600

G. de São Mateus	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Reg.DrV.M. Simões	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Guilherme Álvaro	0.991567	0.999525	0.951314	0.999200	0.985452	0.999315
Ipiranga	0.942965	0.999456	0.926635	0.999825	1.000.000	1.000.000

Fonte: Elaboração própria

Observa-se na Tabela 12 que os dados de 2010 mostram que a forma de gestão dos grandes hospitais paulistas que realizam procedimentos de alta complexidade foi determinante para o nível da eficiência no uso dos recursos repassados pelo Estado para os hospitais: 75% administrados por OSs atingiram o nível máximo de eficiência (1), na AD, somente 40%. Vale destacar que mesmo os resultados estando próximos ao valor máximo (1), a literatura esclarece que uma pequena amostra, qualquer ruído nos resultados do DEA é suficiente para constatar a ineficiência (PRASETYO e ZUHDI, 2013).

Para o ano de 2013 todos os hospitais geridos pelas OSs foram eficientes em ambas as escalas de retorno do DEA, diferentemente dos hospitais da administração direta, que novamente mostram os 40% dos hospitais com nível máximo de eficiência.

Em 2016 os índices de eficiência dos hospitais da AD melhoraram e mais um hospital desse modelo atingiram a máxima eficiência; por outro lado, os hospitais geridos por OSs, em ambos os modelos de retorno de escala, continuaram apresentando os melhores escores de eficiência.

Estes indicadores evidenciam que a gestão dos hospitais por Organizações Sociais gera melhores resultados no indicador de eficiência calculado se considerados os valores liquidados pelo Estado de São Paulo no ano, a Taxa inversa de AIH's pagas, a Quantidade de leitos hospitalares, a quantidade de AIH Total do Hospital a Taxa inversa dos Óbitos de Pacientes em serviços de Alta Complexidade. É possível notar melhora no período nos hospitais geridos pela Secretaria de Saúde do Estado, já que, do conjunto de cinco hospitais atingiu no último ano o nível máximo de eficiência, se juntado a outros dois que já o observavam nos dois anos anteriores.

Os dados mostram que a gestão por OSs depende de maior volume de recursos e que têm indicadores mais efetivos comparados aos hospitais geridos pela AD, que apresenta, na série, menores quantidade de repasses do Estado.

5. Considerações finais

A avaliação de eficiência no uso dos recursos deve ser observada com relevante parcimônia, haja vista que, os indicadores usados no modelo matemático de avaliação têm grande influência nos resultados observados. Assim, os resultados deste estudo não podem ser generalizados. Porém, o estudo apresentado mostra contribuições contundentes sobre a contratualização de hospitais de alta complexidade no Estado de São Paulo. Foi observado que os hospitais geridos por OS apresentaram resultados mais interessantes para a sociedade, se comparados aos da AD. Resultado semelhante foram encontrados por Rodrigues *et al* (2014) e Sano e Abrucio (2008) com dados de anos anteriores ao do presente estudo e para distintas realidades dos serviços de saúde.

As características das OSs são distinguidas a seguir: a adoção do contrato de gestão muda a lógica da gestão e segue o modelo burocrático pois facilita o uso de objetivos e metas e controle e avaliação destas. Os dados indicam que há influência na melhora da forma de uso dos recursos que foram utilizados nestas instituições, de modo que a SES de São Paulo passou a implementar, em algumas unidades da Administração Direta, os termos de compromisso,

com base na lógica dos contratos de gestão, suportado pela experiência com as OS (BARBOSA e ELIAS, 2010).

Há que se considerar que a simples adoção de contratos, ou termos de compromisso, descolada de mudanças de mentalidade na forma da gestão, não garante que sejam alcançados melhores resultados (FERREIRA JR, 2003). Há o fator tempo, uma vez que os dados deste estudo suportam a afirmação de que os melhores resultados apareceram graças ao acúmulo de experiência na gestão destes contratos pelo estado de São Paulo nas décadas mais recentes (CARNEIRO JR, NASCIMENTO e COSTA, 2011). A criação da Coordenação de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS) e alterações nas formas de financiamento, no formato dos contratos, a adoção de métodos de monitoramento e avaliação e o crescimento constante durante o período da utilização deste modelo de gestão no estado são evidências do aprendizado e desenvolvimento de novas capacidades nas unidades de prestação de serviços públicos que o adotam.

As Organizações Sociais têm maior flexibilidade para o uso dos recursos, em especial os relativos à contratação de funcionários e aquisição de bens e serviços (BARBOSA e ELIAS, 2010). Em que pese também neste fato o aumento da terceirização, que em alguns hospitais chegou a marcas próximas a 80% dos gastos totais (IBAÑEZ, *et al*, 2001).

A experiência acumulada no tempo, considerando que as OS já tinham, no mínimo, 5 anos de experiência na gestão de unidade de saúde anteriores ao período dos dados usados no presente estudo, mostraram-se relevantes para os resultados. Este é um fator que deve ser considerado no contexto de concorrência por recursos públicos, com uso mais intenso dos diferentes instrumentos de gestão e busca de objetivos mais claramente definidos, se comparados aos hospitais da Administração Direta. Não que os gestores privados sejam melhores, mais sim, mais capacitados no uso de ferramentas de gestão disponibilizados pela literatura especializada (BAGGENSTOSS e DONADONE, 2014).

Neste estudo, procurou-se garantir homogeneidade nas características dos hospitais, em relação a ganhos de escala favorecidos pelo porte (MENDES, 2011) e pelo nível de especialização no atendimento (RAMOS, *et. al.*, 2015) para minimizar o efeito destas variáveis na avaliação do desempenho ao usarem recursos públicos. Enquanto a média de leitos nos hospitais geridos por OSs aumentou durante o período analisado, os da AD apresentaram queda; e considerando que os hospitais contratualizados pós 1998 já se encontravam no movimento global de aumento do porte destes hospitais com busca de aumento de eficiência, é plausível considerar que a diferença de tamanho entre as instituições se reflita de algum modo em seus resultados. Soma-se a isso que o grupo dos hospitais estudados geridos por OSs desenvolve maior volume de atividades da alta complexidade do que os da AD, o que leva a ganho na eficiência. O resultado encontrado não deve ser atribuído a um fator isolado, mas a um conjunto de fatores que se inter-relacionam para que produzem resultados diferenciados. A identificação de quais fatores ligados à gestão dos grupos de hospitais são mais fortes na definição de seu nível de eficiência é um ponto para as análises futuras.

Apesar de vantagens apontadas também há limitações para adoção da gestão de unidades que operam políticas públicas geridas por OSs: a existência de instituições preparadas para assumir a gestão; a delegação dos serviços deve estar acompanhada de uma mudança na mentalidade no gestor público; a contratualização busca aumento da eficiência nos hospitais, mas, não traz soluções para a crise financeira do SUS, pois não diminui a quantidade de recursos ou gera novas fontes de financiamento (FERREIRA JR, 2003). Assim, se houver transferência deve ser por uma alteração no modo da gestão da política e não uma “válvula de escape” para as contas públicas ou *déficits* periódicos (SANO e ABRUCIO, 2008).

Lembramos ainda, que o conceito de eficiência usado neste trabalho está pautado na busca da otimização dos recursos, ou seja, como maximizar os resultados dada a oferta de insumos que é disponibilizada pelo ordenador da despesa. Analisando as Tabelas anteriores, é possível observar que o modelo de Gestão por OSs dispense de maior volume de recursos; porém, seus indicadores de resultados são mais efetivos quando comparados aos da AD.

Os resultados deste trabalho evidenciam que a delegação dos serviços de saúde via contratualização com Organizações Sociais apresentou resultados que corroboram com o interesse público e pode ser considerado modelo viável de gestão destas organizações para o atendimento à população e efetivação do direito constitucional a saúde, para o grupo de unidades hospitalares estudados.

Referências bibliográficas:

- ALMEIDA, R.; Estudo de Caso: foco temático e diversidade metodológica; in: ABDAL, A.; OLIVEIRA, M. C. V.; GHEZZI D. R.; JÚNIOR, J. S. (org.) (2017); Métodos e técnicas de pesquisa em Ciências Sociais: bloco qualitativo. Editora - Cebrap e CPF/Sesc-SP, São Paulo.
- BAGGENSTOSS, S. e DONADONE, J. C. (2014); A saúde pública intermediada por Organizações Sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. *Latinoamérica. Revista de estudios Latinoamericanos*, (59), 69-98.
- BARBOSA, N.B.; ELIAS, P.E.M. (2010). As Organizações Sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495.
- BRASIL (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.
- BRASIL (1997). Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Organizações Sociais. Brasília: Cadernos do Mare de Reforma do Estado, MARE.
- BRASIL. (1990) Lei Orgânica nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 20 de setembro de 1990, Seção1, p.18055 - 18059.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). O SUS de A à Z: Garantindo saúde nos municípios. 3ª Edição. Brasília: MS; 2009
- BRESSER-PEREIRA, L. C. e SPINK, P. (org.) (2006a), Reforma do Estado e administração pública gerencial. 7º ed., Editora FGV, Rio de Janeiro, 21-38.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. (2006b) Da administração pública burocrática à gerencial; in BRESSER-PEREIRA, L. C. e SPINK, P. (org.), Reforma do Estado e administração pública gerencial. 7º ed., Editora FGV, Rio de Janeiro, 237-270.
- CARNEIRO JR., N.; NASCIMENTO, VB; COSTA, IMC. (2011). Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 971-979.
- CHARNES, A.; COOPER, W. W.; RHODES, E (1978). *Measuring the efficiency of decision making units*. *European Journal of Operational*, Amsterdam, v. 2, p. 429-444.
- COELHO, V.S.R.P. (2017); Abordagens qualitativas e quantitativas na avaliação de políticas públicas; in: ABDAL, A.; OLIVEIRA, M. C. V.; GHEZZI D. R.; SANTOS JR., J. (org.); Métodos e técnicas de pesquisa em Ciências Sociais: bloco quantitativo. Editora - Cebrap e CPF/Sesc-SP, São Paulo.
- COHEN, E. e FRANCO, R. (2004), Avaliação de projetos sociais – 6. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes.
- FARRELL, M.J. (1957). *The measurement of productive efficiency*. *Journal of Royal Statistical*, London, Series A, v.120, n. 3, p. 253-281.
- FERREIRA JR, W. C. (2003). Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das Organizações Sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 37, n. 2, p. 243-264.

- GOMES, M. C. (2005). Organizações Sociais: a experiência da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. *IN: LEVY, E; DRACO, P.A. (org). Gestão Pública no Brasil Contemporâneo. : FUNDAP, São Paulo.*
- IBAÑEZ, N, BITTAR, O.J.N.V.; SÁ, E.N.C.; YAMAMOTO, E.K.; ALMEIDA, M.F.; CASTRO, CGJ. (2001). Organizações Sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, p. 391–404.
- MAJONE, G. (1999). Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. *Revista do Serviço Público*, v. 50, n. 16, p. 5–36.
- MAXIMIANO, A.C.A. (2008). *Introdução à Administração*, - 1. ed. - São Paulo: Atlas.
- MENDES, E.V. (2011); *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE .(2007) *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. WHO Document Production Services, Genebra, Suíça.
- PRASETYO, A. D., & Zuhdi, U. (2013). The government expenditure efficiency towards the human development. *Procedia Economics and Finance*, 5, 615-622.
- RAMOS, M.C.A.; CRUZ, L.P.; KISHIMA, V.C.; POLLARA, W.M.; LIRA, A.C.O.; COUTTOLENC, B.F. (2015). Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Revista Saúde Pública*, v. 49, n. 43.
- RIPSA – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. OPA – Organização Panamericana da Saúde. 2ª. ed.. Brasília: 2008. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2018.
- ROCHA, F.; GIUBERTI, A. C. Composição do gasto público e crescimento econômico: uma avaliação macroeconômica da qualidade dos gastos dos Estados brasileiros. *Economia Aplicada*, v. 11, p. 463–485, dez. 2007.
- RODRIGUES, R.C.; BITTAR, O.J.N.V.; MAGALHÃES, A; MENDES, J.D.V. (2014). Rede hospitalar estadual: resultados da Administração Direta e das Organizações Sociais. *Revista Administração em Saúde*, v. 16, n. 654, p. 111–122.
- SANCHO, L. G. (2007), *Avaliação Econômica em Saúde*, São Paulo: Aderaldo e Rothschild Ed.
- SANO, H.; ABRUCIO, F. L. (2008). Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, v. 48, n. 3, p. 64–80.
- SILVA, H.C e VIANA, A.L.A. (2011). O financiamento do Sistema de saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização, In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M. e SEIXAS, P.H.D. (org.). *Política e gestão pública em saúde*, São Paulo: Hucitec Editora.
- SIQUEIRA, L. R.; SOUZA, W. G.; FFARIAS, R. A. S.; BERMEJO, P. H. S. (2017). Análise de variáveis para mensuração da eficiência do gasto público. In: *Seminários em Administração*, - XX SemeAD, 2017, São Paulo, SP. Disponível em: <http://login.semead.com.br/20semead/arquivos/108.pdf>. Acesso em 01/12/2017.
- VALENTE, M.D.O.C (2010). Contratualização nos hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 9, p. 25–39.