

Os contratos de gestão e de parceria público-privada na área da saúde pública

Rafael Arruda Oliveira

Resumo: A participação do setor privado na execução dos serviços de relevância pública tem, como reflexo de uma tendência internacional, adquirido crescente destaque no cenário brasileiro, em decorrência do quadro de constrangimentos econômicos e financeiros e de dificuldades relativas à gestão administrativa, a comprometer a boa execução dos serviços públicos, notadamente na área da saúde. Neste sentido, os contratos de gestão celebrados com as organizações sociais e de parceria público-privada em sentido estrito representam alternativas viáveis à execução direta, com aptidão para promover, no contexto de um novo paradigma de Estado, relevantes ganhos de eficiência e de economicidade na prestação de cuidados em saúde.

Palavras-chave: Administração Pública. Contratualização. Serviços públicos. Saúde.

Sumário: **1** Considerações iniciais – **2** A participação do setor privado nos serviços de relevância pública – **3** As parcerias com o Poder Público – **4** Considerações finais – Referências

1 Considerações iniciais

Do que se está a falar quando se faz referência aos contratos de gestão com organizações sociais e às parcerias público-privadas em sentido estrito para a prestação de serviços na área da saúde pública? Certamente que o que se encontra em causa em tais contextos são modelos alternativos de provisão de serviços públicos. Porém, alternativos a quê? Alternativos, dito deve ser, à prestação direta pelo Poder Público, o que se insere num conjunto de mudanças que, um pouco por todo o lado, atravessam e pressionam a Administração Pública neste início de século XXI.¹

De fato, quando se afirma que o século XXI está a ser muito exigente para a Administração Pública, podem ser relacionados, de maneira mais incisiva, os constrangimentos financeiros e as mudanças (demográficas, tecnológicas, entre outras) que a crescente pressão sobre as despesas com os serviços públicos, em especial no setor da saúde, vão exigir na racionalização desse e dos restantes setores, se se quiser garantir serviços com qualidade para todos.

E que reflexos essas situações geram para a ordem normativa e para a *vida* do Estado? Ora, invariavelmente, elas conduzem ao reconhecimento de que a perspectiva de política pública, antes de qualquer coisa, vai além da perspectiva de políticas governamentais, se se considerar que o governo, com a sua estrutura administrativa, não é a única instituição a servir à comunidade por meio da sua promoção, sobretudo quando uma certa crise invariavelmente ligada à função pública revela ou conduz a uma outra crise ainda mais séria: a de governança. Essas transformações, num quadro económico globalizado, agravadas pelos impactos negativos da recente crise económica e financeira mundial,² inclinam-se para aumentar o número dos excluídos e estão a exigir sacrifícios, criatividade e participação da sociedade. É aqui, precisamente nesse ponto, que emergem os modelos alternativos de provisão, de que são exemplos mais emblemáticos os contratos de gestão celebrados com as organizações sociais e as parcerias público-privadas em sentido estrito.

2 A participação do setor privado nos serviços de relevância pública

Em certo sentido, não se deixa de ter em tal terreno o que, na doutrina alienígena, se tem chamado de privatização de funções públicas,³ cujo resultado — salvo, é claro, as naturais resistências de ordem ideológica — consubstancia alteração paramétrica admissível pelo ordenamento pátrio.

O exercício privado (ou por parte dos privados) de funções públicas assume cada vez mais um destacado papel relativamente à prestação dos serviços de relevância pública, coisa que, como não poderia deixar de ser, tem vindo a proporcionar uma constante redefinição da fronteira entre o público e o privado no que se refere ao domínio legítimo de intervenção dos poderes públicos.⁴

Conforme preleciona Loureiro, o social do Estado passa a assumir *nestes tempos difíceis*, como mínimo, uma posição de garantia que não deve ser lida em termos de monopólio de produção de bem-estar. Com efeito, há uma pluralidade de atores que operam nesse domínio, desde as famílias às igrejas, as instituições públicas e privadas, passando por associações do setor social ou terceiro setor e em que a par dos modos formais, relevam ainda os informais.⁵

O tema de que se está a tratar revela uma irreversível tendência contemporânea, não mais havendo espaço para a visão dicotômica de um necessário confronto entre Estado e sociedade. Em seu lugar, prestigia-se uma posição em defesa de uma interação entre o Estado e a sociedade no encaminhamento das políticas públicas, como reflexo mesmo das fronteiras, cada vez mais movediças, que se têm vindo a estabelecer entre o direito público e o direito privado, em especial no contexto alargado de uma Administração que não é, como foi outrora, apenas policial, mas, cada vez mais, também uma Administração de fomento, de regulação e de controle, o que, por certo, tem a ver com a mudança de paradigma do perfil do Estado e com o aparecimento de novos atores no espaço público, aos novos modos de governar — menos autoritários —, e às novas condutas sociais,⁶ mais permeáveis e porosas. Como se vê, os sinos dobram (ou parecem dobrar) para um *outro* modelo de Estado.

Do texto constitucional se depreende, sem grandes esforços de hermenêutica, que o vínculo com entidades privadas é uma possibilidade conferida ao gestor público para que o Estado atinja as finalidades predispostas na mesma Constituição,⁷ em que o exercício privado de funções públicas traduz-se na transferência da realização de uma determinada tarefa do Estado para a esfera dos sujeitos privados. Aliás, o Estado pode ter de assegurar a existência de serviços universais em certas áreas, mas não tem necessariamente de manter serviços estaduais de prestação em regime de monopólio — na saúde, na educação e na cultura, como nos domínios da energia, das águas, das telecomunicações e dos transportes, tudo isso nos quadros de um fenómeno em que a responsabilidade de prestação dá lugar a uma responsabilidade de garantia.⁸

Ou seja, a similitude entre determinadas atividades executadas por entidades privadas e as subjacentes à prestação de certos serviços públicos tem levado à conclusão de que também no terreno dos serviços públicos é possível tirar proveito da tradicional melhor capacidade de gestão do setor privado, com a finalidade de melhorar a qualidade do serviço prestado e, ao mesmo tempo, obter economia considerável na utilização de recursos públicos. Ou seja, de outra coisa não se trata, senão de adaptar e replicar na Administração Pública as boas práticas do setor privado.

E em matéria de saúde pública nada muda. O serviço de saúde é serviço público por excelência.⁹ A sua execução, porém, pode ser realizada pelo setor privado. Como bem assenta Gomes Canotilho acerca dos problemas em torno das tarefas do Estado, uma mudança de compreensão das funções e papéis do Estado reside no fato de uma tarefa erguida a tarefa pública não ser obrigatoriamente prosseguida, de forma direta, pela Administração (*procurement* tradicional). Segundo aduz, o exercício de tarefas públicas por privados não significará sempre uma verdadeira retirada do Estado, mas tão somente a escolha de uma forma outra de prossecução de tarefas que possuem relevância pública. O Estado permanece “responsável”, mas a tarefa pode ser prosseguida e executada com mais efetividade, eficiência¹⁰ e economicidade se se adotarem novos padrões de organização,¹¹ como reflexo mesmo, em certo sentido, de uma reformulação do modelo de Estado providência.

Por meio da participação do setor privado na prestação de serviços de relevância pública, o Estado assegura o provimento, por meio de particulares, de necessidades públicas tradicional e culturalmente associadas a funções próprias da Administração Pública, notadamente no que se refere à saúde, com redução de sua esfera de atuação a um papel de regulação e fiscalização.¹²

Ao fim e ao cabo, o que se intenta com a realização de parcerias do Poder Público com o setor privado é o alcance de uma atuação administrativa não apenas eficaz, mas também eficiente, algo que é comum ao setor privado, mas que de cuja carência se ressentem o Poder Público, de quem a conjuntura econômica tem exigido a adoção de medidas de contenção de gastos, racionalização e eficiência na alocação de recursos. Porém, como visto, à inoperância oficial somam-se a precariedade, obsolescência das infraestruturas e escassez de recursos públicos, a influir de maneira direta na diferença de atuação do setor público em relação ao setor privado.¹³

Nos termos do que anota Leitão Marques, é preciso importar para a Administração Pública aquilo que a concorrência impõe diretamente às organizações privadas (ou pelo menos deveria impor): a orientação para a procura, a promoção da qualidade, a satisfação do utente, a economia de custos, o aumento da produtividade, a procura dos melhores parceiros e um esforço permanente de modernização, que deve constituir um processo contínuo e não apenas um momento com princípio e fim.¹⁴

Daí por que a solução para o problema de escassez financeira de recursos estatais tem, à ausência de outra melhor proposta, de passar necessariamente pela participação do setor privado, uma espécie de novilíngua para realização dos direitos sociais prestacionais, coisa que, por certo, tem a ver com a eclosão de novas formas de governação, de que os governos, enquanto “agentes” dos cidadãos, terão de se servir, o que se obtém modernamente com o conceito de redes na Administração Pública, para o que não deve haver dificuldade alguma em se admitir que o que está em causa é, com efeito e em alguma medida, uma política de redução do setor público,¹⁵ sem, contudo, diminuir o papel ou a responsabilidade do Estado na provisão do serviço de saúde. Não deixa de ser um mecanismo, nos termos do que afirma Leitão Marques, para aumentar a qualidade dos serviços que são prestados, de forma a torná-los mais próximos dos seus utentes e, em consequência, aumentar a sua confiança na prestação pública.¹⁶

Daí que a solução mais apropriada para as constantes falhas dos governos passa, portanto, pela

redução do protagonismo estelar do Estado e pela aceitação de que a política adquire eficiência ao reger-se como intercâmbio contratual entre indivíduos guiados pela racionalidade. A não ser que, como obtempera Casalta Nabais, seja o problema da escassez de recursos solucionado (ou atenuado) por meio da moderação do intervencionismo estadual, moderação que implicará, quer o recuo na assunção das modernas tarefas sociais, traduzidas na realização dos direitos econômicos, sociais e culturais, quer mesmo o abandono parcial de algumas tarefas tradicionais,¹⁷ sobretudo numa época em que as razões de solidariedade social parecem ter esgotado sua capacidade de persuasão, tornando-se cada vez mais difícil exigir sacrifícios aos contribuintes sob este fundamento.¹⁸ E, de fato, apenas a caridade facultativa para com os infelizes é um sistema humilhante e aleatório que há muito não se encontra conectado com as necessidades e o espírito dos tempos modernos, a fazer, por isso mesmo, com que a prevalência do individualismo provoque uma redefinição do papel do Estado na promoção da saúde pública.

Com efeito, a crise do Estado atual, diagnosticada e explicada sob as mais diversas teorias, passa, principalmente, pela redefinição do papel e das funções do Estado. Não com a pretensão de fazê-lo regredir ao Estado mínimo do liberalismo oitocentista, mas para compatibilizá-lo com os princípios da liberdade dos indivíduos e da operacionalidade do sistema econômico, por meio, sobretudo, da contratualização da atividade, cujo sucesso certamente dependerá da incorporação de soluções inovadoras. De fato, conforme esclarece Loureiro, um Estado social que não queira destruir os fundamentos da liberdade e da diversidade deve não apenas respeitar, mas também promover a articulação com as entidades da sociedade civil.¹⁹

Conforme Moreira Neto, as pessoas de todas as latitudes querem ter os seus interesses satisfeitos, pouco importando quem os faça ou deles se ocupe: se uma entidade privada ou governamental ou se será uma entidade nacional, multinacional ou estrangeira.²⁰ É preciso avançar e superar a interpretação, marcadamente ideológica, especialmente daqueles que se põem mais à *esquerda* do texto constitucional,²¹ que vê o Estado como único e grande prestador de serviços governamentais, que, é certo, têm de chegar à população, devendo o governo, ao revés, ser o seu grande garantidor e não necessariamente o seu prestador. Cabe indubitavelmente a ele, Poder Público, garantir sejam cumpridos, em matéria de cuidados em saúde, os princípios da universalidade, integralidade e gratuidade, como imposição inafastável que decorre do texto constitucional. Firmadas as garantias, a sua prestação deve se dar por quem tem condições de oferecê-la da melhor forma que puder atender ao cidadão. Se no passado o Poder Público podia garantir a sua prestação de maneira mais eficiente, hoje pode ser que outro seja o contexto, a demonstrar que os predicados de eficiência, qualidade e eficácia sejam mais facilmente alcançáveis e extraíveis da participação do setor privado, com controle e fiscalização pelo Estado. Ou seja, não prover diretamente não quer dizer tornar-se irresponsável perante essas necessidades sociais básicas.²² Para os cidadãos, serviço público é serviço público, não importando quem seja o responsável pela sua prestação.²³

3 As parcerias com o Poder Público

Importa desde logo assentar não haver neste ensaio nenhuma espécie de confronto ou concorrência que se venha a estabelecer entre os contratos de gestão celebrados com organizações

sociais e as parcerias público-privadas em sentido estrito, para a provisão dos serviços públicos de saúde. Ambos são modelos alternativos, por meio de cooperação que se estabelece por distintas formas e com finalidades algo distintas.

3.1 Os contratos de gestão celebrados com as organizações sociais

Os contratos de gestão, celebrados com as chamadas organizações sociais, representam, conforme Paulo Modesto, uma nova estratégia de estimular parcerias de entidades privadas sem fins lucrativos com o Poder Público em serviços sociais livres à ação privada, fomentando a participação cidadã voluntária na esfera pública.²⁴ Semelhantemente, Oliveira e Mânica vislumbram no contrato de gestão um novo modelo de ajuste entre o Poder Público e a iniciativa privada sem fins lucrativos para o desempenho de serviços não exclusivos do Estado.²⁵

No Brasil, tratou-se de iniciativa que, no plano federal, teve o objetivo de promover descentralização²⁶ na prestação de serviços de relevância pública não exclusivos do Estado, por meio de incentivos ao setor privado, a partir do reconhecimento de que este poderia realizá-los de maneira mais eficiente e a um custo menor para o financiador — o Poder Público. Ou seja, mediante contrato de gestão, o Poder Público transfere para as organizações sociais, como tal qualificadas, a prestação de determinado serviço de relevância pública, notadamente nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (art. 1º da Lei Federal nº 9.637/98).

Substancialmente, envolvem os contratos de gestão, na área da saúde, apenas a prestação de serviços, como os referentes à gestão clínica. É no contrato de gestão, instrumento por meio do qual, ao concretizar-se a parceria, se estabelece um vínculo jurídico entre a organização social e a Administração Pública, que são previstas as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social, bem como o programa de trabalho, as metas a serem atingidas, os respectivos prazos de execução, bem como os critérios objetivos de avaliação de desempenho, inclusive mediante indicadores de qualidade e produtividade, com supervisão pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada.²⁷

No setor da saúde, ao celebrar contrato de gestão com organização social, transfere o Poder Público a prestação do serviço para entidade filantrópica — que não persiga objetivo de lucro — cabendo-lhe obediência aos mesmos ditames outrora atribuídos ao Estado: a prestação do serviço deve atender aos princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal (universalidade, gratuidade e integralidade) e no art. 7º da Lei Federal nº 8.080/90. Consoante Di Pietro, a organização social prestará serviço público e não atividade privada; em consequência, estará sujeita a todas as normas constitucionais e legais que regem esse serviço, até porque não poderia a lei ordinária derrogar dispositivos constitucionais.²⁸ De se ressaltar ainda que os contratos de gestão estão intimamente associados apenas à prestação de serviços, em cujo ponto, a propósito, diferem substancialmente das PPPs, conceitualmente associadas à criação (mas não só) de infraestruturas públicas.

A lógica que orienta a transferência da execução dos serviços de saúde para organização social é a de que com mais eficiência e com menor dispêndio de recursos, pode o setor privado melhor

desincumbir-se da prestação de cuidados em saúde, servindo-se da infraestrutura já disponibilizada pelo Poder Público. A atividade é de relevância pública, a titularidade continua sendo do Estado, que permanece responsável pela boa provisão do serviço. No entanto, a sua execução direta é transferida para o setor privado, no que se tem, por meio de uma técnica concessória, um aprofundamento da experiência inovadora da gestão de unidades prestadoras de cuidados em saúde.

Ou seja, o contrato de gestão tem por referencial um estabelecimento de saúde prestador, podendo por intermédio dele o Estado associar privados na prossecução do serviço público de saúde, sendo de se ressaltar que todos os tipos de prestações de saúde (primários, diferenciados, continuados) podem ser objeto de parcerias.

3.2 Os contratos de parceria público-privada em sentido estrito

Por outro lado, as PPPs representam um *plus* em relação aos contratos de gestão celebrados com as organizações sociais, já que, além da prestação de um determinado serviço público, a envolver a atividade-fim ou a atividade-meio, compõem o seu arquétipo formador a realização de uma infraestrutura pública, é dizer, a construção de obra pública, por cujos caracteres, aliás, as PPPs representam uma nova e sofisticada forma de contratualização no âmbito do Poder Público.²⁹

Considerando que a lei nacional de PPPs (Lei Federal nº 11.079/04) veda a celebração de contrato de parceria que tenha por objeto único o fornecimento de mão de obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública (art. 2º, §4º, III), a realização de parceria público-privada para a criação ou renovação do parque hospitalar, por si só, não se mostrará possível. Paralelamente à infraestrutura, terá de fazer parte do contrato de PPP, necessariamente, a prestação de serviços, que tanto podem ser os denominados serviços auxiliares, ligados à atividade-meio ou serviços de copeiragem ou hotelaria (tais como os serviços de segurança, limpeza, lavanderia, secretariado, esterilização, telefonia, almoxarifado, alimentação etc.), como pode envolver também a própria gestão clínica dos hospitais ou centros de saúde.³⁰

Nazaré da Costa Cabral noticia que o movimento de privatização da economia que marcou países desenvolvidos e em desenvolvimento, sobretudo na década de 90 passada, trouxe a redução acentuada do investimento público. Ao movimento de privatização/desintervenção do Estado na economia, juntaram-se ainda, como fatores limitativos do investimento público, quer o processo de consolidação orçamental, quer o declínio da poupança pública. Perante estes constrangimentos e considerando as necessidades coletivas sentidas pelas populações, sobretudo dos países em desenvolvimento, designadamente quanto à construção, manutenção, reabilitação e operacionalização de infraestruturas vitais, o FMI teve por preocupação, justamente, avaliar as formas de aumento do investimento sem pôr em causa o atingimento de objetivos de disciplina financeira, pelo que as PPPs surgiram como remédio adequado a aplicar nesses países, em alternativa ao investimento público estrito.³¹

Em tal contexto, as PPPs traduzem o reconhecimento das dificuldades do Poder Público, com as suas finanças combalidas, em fazer face aos alavancados investimentos em infraestruturas públicas e projetos de interesse social. Na base de tudo isso se encontra o fator ausência/insuficiência de recursos e de capacidade financeira para assegurar a satisfação de necessidades públicas,

sobretudo em se tratando de país, como é o caso do Brasil, carente de importantes e sólidas infraestruturas nos mais diversos setores da atividade, tais como portos, aeroportos, estradas e geração de energia.

Daí que, numa época marcada por constrangimentos de ordem econômica e financeira, cujo quadro de contenção é, na atualidade, mais pronunciado nos países da Europa e Estados Unidos, onde a situação não se apresenta nada rósea, as PPPs assumiram-se como opção viável e de contenção orçamentária para superar a necessidade de realização de infraestruturas públicas, com a finalidade de viabilizar o desenvolvimento econômico.³² De fato, as PPPs constituem um importante instrumento estratégico dos programas governamentais de reforma da Administração Pública e de modernização dos serviços públicos, permitindo aos governos expandir a sua cobertura, economizar meios e melhorar a sua qualidade e a sua eficiência, ao mesmo tempo que assegura a sua viabilidade futura em termos de sustentabilidade financeira,³³ partilhando com o setor privado riscos, nomeadamente tecnológicos e operacionais, com os quais estes se encontram mais familiarizados e para cujo manuseamento se encontram mais habilitados,³⁴ num contexto em que a preparação, a transação e o acompanhamento de um projeto de PPP requerem procedimentos apropriados, traduzindo-se num processo complexo e exigente para ambos os atores envolvidos: o público e o privado.

No caso brasileiro, dois podem ser os modelos concessivos de PPPs: aquele em que há contraprestação pecuniária do Poder Público, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários — concessão patrocinada, e aquele em que a Administração seja a usuária direta ou indireta dos serviços prestados — concessão administrativa. Em ambos os casos, parece certo admitir que o parceiro privado presta um serviço ao público, no lugar do parceiro público, porém sobre o controle deste.

Acerca das modernas formas de cooperação entre o Poder Público e os particulares, relata Pedro Pita Barros que as parcerias público-privadas em saúde, em particular para a construção de hospitais, surgiram internacionalmente³⁵ como uma abordagem baseada na noção de que, atraindo financiamento privado para o setor, se conseguiria uma renovação mais rápida e menos onerosa do parque hospitalar.³⁶

A experiência em PPPs na área da saúde pode assumir variadas formas. Segundo Pita Barros, há países em que a experiência com parcerias público-privadas em saúde inclui quer a construção do novo hospital quer a exploração da respectiva atividade clínica (é o caso de Espanha, Itália e Portugal) e casos em que as parcerias se limitam à construção (França, Alemanha e Canadá), para além de países com outros programas ativos de parcerias público-privadas no setor da saúde, como Austrália, Áustria, Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Noruega, Romênia, República Checa e a Suécia, em que as PPPs podem envolver companhias de seguros de saúde, lares de idosos, unidades de equipamentos especializados etc.

A execução dos denominados serviços auxiliares não oferece, no Brasil, grandes dificuldades, porque se trata de modelo já amplamente utilizado pela Administração Pública. Basicamente, do que se está a tratar é de uma terceirização de serviços enquadráveis na categoria de atividades-meio.³⁷

Por outro lado, é na seara da gestão clínica que os contratos de PPPs podem suscitar as maiores

controvérsias. Isto porque o bem da vida envolvido (direito à saúde e, em último caso, direito à própria vida, direito a uma vida digna) encontra-se impregnado de forte carga ideológica. Não é para menos: todos concordam que a saúde constitui-se em um bem de mérito. Conforme sustentam Aquilino Morelle e Didier Tabuteau, o crescimento esperado com as despesas em saúde ao longo dos próximos anos, a busca previsível dos avanços na medicina e a exacerbação de riscos sanitários, ligados ao meio ambiente e à alimentação, às patologias emergentes ou às ameaças bioterroristas provocarão o aumento das preocupações sanitárias da população, a fazer da política de saúde um dos temas principais do debate público.³⁸

E é exatamente porque a saúde representa um importante bem de mérito, que a contratualização nesta área tem-se mostrado particularmente complexa, sobretudo se se considerar que a *produção* desenvolve-se em um contexto de incerteza, em que o *output* (produção, em suas várias dimensões) não define linearmente o *outcome* (ganhos em saúde) e, ademais, a avaliação da qualidade e do desempenho mostram-se muito exigentes.³⁹ Conforme assentado, altamente sofisticado e complexo é o instrumento das PPPs, a representar para as administrações públicas brasileiras um importante desafio. Em regra, os órgãos públicos não se preparam previamente para dar resposta a todos os tipos de iniciativas que possam vir a ser lançadas pelos programas governamentais e protagonistas políticos. O que é mais comum é, uma vez desencadeada a iniciativa, *fazer-se o caminho, caminhando* e *ir aprendendo, fazendo*, num processo de avaliação e melhoria contínua, ainda que seja necessário ir andando com pequenos passos, assumindo riscos, experimentando, voltando atrás se necessário. Consoante anota Leitão Marques, é necessário começar pelos procedimentos, passar às atitudes para chegar aos comportamentos.⁴⁰

Seja como for, as PPPs no setor da saúde mostram-se como *uma* opção de provisão dos serviços de saúde bastante viável, devido à forte pressão financeira a que o setor se encontra sujeito, derivada, para destacar os principais fatores, do crescimento da despesa com as camadas mais idosas da população por força do envelhecimento demográfico e dos custos com a inovação tecnológica.

Assim que, ao lado das parcerias público-privadas em sentido estrito, o contrato de gestão representa um esforço importante, quer sob o ponto de vista de investimento do setor público, quer sob a perspectiva de introdução de mudanças nas práticas administrativas de financiamento e gestão das unidades de saúde, mediante o envolvimento crucial das capacidades e potencialidades do setor privado.

O que se pode dizer é que tanto em relação aos contratos de gestão como em relação às parcerias público-privadas em sentido estrito, o núcleo de objetivos de uma e outra forma de contratação se baseia em uma nova forma de governação pública, que busca colmatar falhas de mercado na provisão de serviços públicos, mitigando, em paralelo, falhas do Estado,⁴¹ cuja performance na provisão dos referidos bens avulta de maneira deficiente em meio a um sistema monolítico e fortemente burocrático.

4 Considerações finais

Ao fim e ao cabo, de outra coisa não se discorre aqui senão sobre o que se espera do serviço

público, designadamente do serviço público de saúde. Importa assentar que o serviço público é importante em qualquer democracia, sobretudo em uma democracia que, a despeito de incipiente, tem se preocupado com a desigualdade social, como é o caso da brasileira.

Contudo, uma discussão que se limite à defesa do serviço público em abstrato arrisca-se à demagogia, raiando mesmo o populismo menos elaborado. Nesse sentido, é muito fácil defender mais serviço público, mais escolas, mais hospitais, mais transportes públicos, mais tribunais, mais policiais, mais apoio aos deficientes, às mulheres, às crianças, aos idosos, aos estudantes, aos que ainda não entraram no mercado de trabalho etc., etc. E, ao mesmo tempo, até menos impostos. Ora, discutir nesses termos o serviço público, em especial o de saúde, é não discutir coisa nenhuma, sendo essa a forma menos responsável de contribuir, de fato, para um serviço público sustentável, o que requer mais estudo e informação.

Enfim, dessas elucubrações que aqui são feitas ninguém, governo e sua oposição, à esquerda e à direita, deveria ser dela dispensado. Uns porque têm de fundamentar a decisão. Os outros porque têm de fundamentar a oposição. O resto — defender sempre mais e mais serviço público e menos impostos — é pura ficção e, por isso, não deve ser seriamente encarado. Mesmo que possa render algumas simpatias no presente, tal discurso garantirá pouca qualidade de vida no futuro.

Contracts of Management and Public-Private Partnership in Public Health

Abstract: The private sector participation in the implementation of public service agencies have, as a reflection of an international trend, gained increasing prominence in the Brazilian scenario, due to the framework of economic and financial constraints and difficulties relating to the administration, to commit the proper execution of public services, notably in health. In this sense, the contracts of management concluded with social organizations and public-private partnership in the strict sense represent viable alternatives to direct execution, with the ability to promote, in the context of a new paradigm of state, relevant gains in efficiency and economy in provision of health care.

Key words: Public administration. Contracts. Public services. Health.

Referências

BARROS, Pedro Pita. As parcerias público-privadas na saúde em Portugal. *In: SIMÕES, Jorge (Coord.). 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado.* Coimbra: Almedina, 2010.

BESSON, Éric. *Évaluation des grands projets publics: diagnostic et propositions.* République Française: Paris, 2008.

CABRAL, Ana Paula. Reforma do sector da saúde: o Serviço Nacional de Saúde e o novo paradigma na protecção da saúde. *In: CABRAL, Nazaré da Costa; AMADOR, Olívio Mota; MARTINS, Guilherme Waldemar d'Oliveira (Org.). A reforma do sector da saúde: uma realidade iminente?.* *Cadernos IDEFF*, Coimbra, n. 11, 2010.

- CABRAL, Nazaré da Costa. As parcerias público-privadas. *Cadernos IDEFF*, Coimbra, n. 9. 2009.
- CANOTILHO, José Joaquim Gomes. O direito constitucional passa: o direito administrativo passa também. In: SOARES, Rogério et al. *Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Rogério Soares*. Coimbra: Coimbra Ed., 2001.
- CARVALHO FILHO, José dos Santos. *Manual de direito administrativo*. 24 ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.
- COHN, Amélia. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.
- CRESPO, Miguel Ângelo Oliveira. *A Constituição e a privatização da satisfação dos deveres do Estado na área da saúde*. Relatório de mestrado para a cadeira de direito constitucional. Orientador: OTERO, Paulo. Lisboa: Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2004.
- FERNANDES, Adalberto Campos. Saúde, economia e desenvolvimento humano. *Brotéria*, Braga, v. 173, jul. 2011.
- FERREIRA et al. A contratualização de cuidados de saúde. In: SIMÕES, Jorge (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Almedina, 2010.
- KÜBLER, Daniel; MAILLARD, Jacques de. *Analyser les politiques publiques*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2009.
- LOUREIRO, João Carlos. *Adeus ao Estado Social?: a segurança social entre o crocodilo da economia e a medusa da ideologia dos "direitos adquiridos"*. Coimbra: Wolters Kluwer e Coimbra, 2010.
- MÂNICA, Fernando Borges. *O setor privado nos serviços públicos de saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2010.
- MARQUES, Maria Manuel Leitão. *Serviço público, que futuro?*. Coimbra: Almedina, 2009.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.
- MODESTO, Paulo Eduardo Garrido. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil. *Boletim de Direito Administrativo*, São Paulo, ano 14, n. 4, 1998.
- MONTONE, Januario. Limite das PPPs na Saúde. *Folha de S.Paulo*, ano 91, n. 29.940, 24 mar. 2011.
- MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. *Quatro paradigmas do direito administrativo pós-moderno: legitimidade – finalidade – eficiência – resultados*. Belo Horizonte: Fórum, 2008.
- MORELLE, Aquilino; TABUTEAU, Didier. *La sante publique: que sais-je?*. Paris: Presses Universitaires de France, 2010.
- NABAIS, José Casalta. A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos dos direitos.

In: SOARES, Rogério et al. *Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Rogério Soares*. Coimbra: Coimbra Ed., 2003.

OLIVEIRA, Gustavo Justino; MÂNICA, Fernando Borges. *Parcerias na saúde: reflexões sobre a Emenda Constitucional nº 51/2006 e a Lei Federal nº 11.350/2006*. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

OLIVEIRA, Rafael Arruda. *Parcerias público-privadas em saúde: a gestão dos serviços clínicos*. Tese jurídica apresentada no 15º Congresso Brasileiro de Advocacia Pública e 3º Congresso Sul Americano de Direito do Estado. 27 jun. 2011. Bento Gonçalves, RS. Disponível em: <www.ibap.adv.br/teses2011/rafael.doc>.

OLIVEIRA, Rafael Arruda. Não concretização dos direitos sociais: o que há por trás da escassez de recursos?. A&C – *Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 12, n. 47, p. 233-261, jan./mar. 2012.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas*. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SANTOS, Sílvia Sousa. *As parcerias público-privadas na saúde*. Relatório de Estágio em Direito da Administração Pública (Ciência da Administração). Orientadora: ESTORNINHO, Maria João. Lisboa: Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2009.

SIMÕES, Jorge Abreu. Iniciativa PPP na Saúde: aspectos de política, finanças e gestão. In: CABRAL, Nazaré da Costa; AMADOR, Olívio Mota; MARTINS, Guilherme Waldemar d'Oliveira (Org.). *A reforma do sector da saúde: uma realidade iminente?*. *Cadernos IDEFF*, n. 11, 2010.

SLOVIC, Paul. Quanto mais pessoas morrem, menos nos importamos. In: MICHEL-KERJAN, Erwann; SLOVIC, Paul (Org.). *A economia irracional: como tomar as decisões certas em tempos de incertezas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

TORRES, Paulo Miguel Oliveira Martins. *Modelos de gestão hospitalar: SPA, AS, EPE, Contrato de Gestão ou PPP?*. Relatório de Mestrado para a Cadeira de Ciência da Administração. Orientador: José de Melo Alexandrino. Lisboa: Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2007.

VASQUES, Sérgio. *O princípio da equivalência como critério de igualdade tributária*. Coimbra: Almedina, 2008.

¹ Sobre o assunto, esclarece Maria Manuel Leitão Marques que mudanças podem ser verificadas, por exemplo, no modelo de regulação, mais simplificada, com atenção aos impactos e aos encargos administrativos, e mais participada, em coprodução com os utentes. No modelo de organização, menos verticalizada, em rede, estimulando a colaboração entre diferentes serviços e a interoperabilidade entre sistemas de informação. Na gestão das pessoas, com mais autonomia e qualificação, tendo em conta a importância dos serviços baseados no conhecimento. No modelo de distribuição, com mais serviços integrados, por eventos de vida, e pontos únicos de contatos em vários canais, recorrendo às melhores tecnologias disponíveis. E na avaliação, mais atenta aos resultados e não apenas ao mero cumprimento da lei (MARQUES. *Serviço público, que futuro?*, p. 9).

2 Para maior aprofundamento sobre a referida temática e a sua projeção sobre a realidade brasileira, consultar OLIVEIRA. Não concretização dos direitos sociais: o que há por trás da escassez de recursos?. *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, p. 233-261.

3 CRESPO. *A Constituição e a privatização da satisfação dos deveres do Estado na área da saúde*, p. 60 et seq.

4 Trata-se de fronteira que está em constate recomposição e que se traduz pelas alterações nas lógicas da intervenção estatal, nomeadamente no que se refere à regulação dos mercados e cuja reação dos Estados à crise financeira e econômica de 2008 ilustra emblematicamente a redefinição do perímetro de atuação do Estado. Acerca do caso português, Ana Paula Cabral afirma, em apontamentos que trazem a marca da transversalidade, que a reforma do sistema de saúde lusitano deve nortear-se por algumas linhas mestras: a separação entre o Estado prestador e o Estado financiador, uma cada vez maior intervenção dos prestadores de natureza privada e, por fim, a necessidade de mudança de paradigma da Administração Pública (CABRAL. Reforma do sector da saúde: o Serviço Nacional de Saúde e o novo paradigma na protecção da saúde. *In*: CABRAL; AMADOR; MARTINS (Org.). *A reforma do sector da saúde: uma realidade iminente?. Cadernos IDEFF*, p. 51).

5 LOUREIRO. *Adeus ao Estado Social?: a segurança social entre o crocodilo da economia e a medusa da ideologia dos "direitos adquiridos*, p. 74-75.

6 O que leva Kübler e Maillard a afirmarem que em diferentes países ocidentais estão sendo adotadas novas formas de governança, que repousam, sobretudo, na coordenação entre os múltiplos atores públicos e privados: "[...] Le 'gouvernement par contrat', pour la France et les pays latins, ou les 'multi-agency partnerships' (partenariats multi-agences) pour les pays anglo-saxons constituent les emblèmes de cette redéfinition de l'action publique" (KÜBLER; MAILLARD. *Analyser les politiques publiques*, p. 198).

7 De que são exemplos o art. 194; art. 199; art. 204, I; art. 205; art. 213, I e II; art. 216, §1º e art. 227. Segundo enumeração apresentada por Paulo Modesto, outras disposições constitucionais referem de forma reflexa esta mesma forma de colaboração de entidades particulares com a Administração Pública, a saber: 1. Igrejas (art. 19, I – colaboração de interesse público com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios; art. 226, §2º celebração do casamento religioso com efeito civil; art. 213 – escolas confessionais); 2. Instituições privadas de educação (art. 150, VI, c – imunidade tributária, desde que sem fins lucrativos); 3. Instituições de assistência social beneficentes ou filantrópicas (art. 150, VI, c – imunidade tributária, desde que sem fins lucrativos; art. 195, §7º isenção de contribuição para a seguridade social); 4. Terceiros e pessoas físicas e jurídicas de direito privado na área da saúde (art. 197 – declaração de relevância pública das ações e serviços de saúde por aquele executados); 5. Organizações representativas da população (art. 30, X – cooperação no planejamento municipal; art. 58, II – participação de audiências públicas de comissões do Poder Legislativo); 6. Serviços notariais e de registros (art. 236 e parágrafos – serviços privados mas por delegação do Poder Público); 7. Entidades privadas em geral (art. 74, II). São disposições que revelam a extensão que tomou a cidadania participativa e a parceria público-privada na constituição de 1988 (MODESTO. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil. *Boletim de Direito Administrativo*, p. 246).

⁸ Para Loureiro, está-se diante de uma concepção de bem comum (fórmula clássica que segundo ele está novamente em voga) que não o compreende como monopólio do Estado, não confunde tarefas estatais e tarefas públicas, estadualidade e publicidade, mas se abre aos cidadãos e outras entidades, privadas ou públicas não estatais (LOUREIRO. *Adeus ao Estado Social?: a segurança social entre o crocodilo da economia e a medusa da ideologia dos "direitos adquiridos*, p. 74-75, p. 92).

⁹ Pontua Fernando Mânica que além dos serviços públicos de saúde, apenas em duas outras hipóteses a Constituição Federal apresenta qualificação expressa de determinadas atividades como tais: *i)* quando trata dos *serviços públicos de transporte urbano*, no art. 30, V; e *ii)* quando se refere, em seu art. 66 do ADCT, ao *serviço público de telecomunicações* (os quais também haviam sido qualificados como públicos pelo art. 21, XI, na redação original da Constituição Federal, alterada pela Emenda Constitucional nº 8, de 15 de agosto de 1995) (MÂNICA. *O setor privado nos serviços públicos de saúde*, p. 117).

¹⁰ Ora, se o que se encontra em causa é a gestão da *res publica*, um grau de eficiência mais elevado haveria de ser encontrado no setor público em relação à gestão privada. Como todos sabem, porém, com base na observação da realidade e no que ordinariamente acontece, na prática as coisas costumam passar de forma muito diferente.

¹¹ CANOTILHO. *O direito constitucional passa: o direito administrativo passa também*. In: SOARES *et al. Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Rogério Soares*, p. 717. Ainda segundo o mesmo autor, estes paradigmas encontram pleno acolhimento não apenas nos processos de privatização, mas também nas formas de cooperação-coordenação dos particulares com a Administração (p. 717).

¹² Anota Sousa Santos que nos setores de economia mista, os Estados têm vindo a abdicar da atividade e competência de detentores, produtores e prestadores de bens e serviços públicos em favor da iniciativa econômica privada, e a incrementar o papel de regulador das atividades exercidas pelos agentes econômicos privados, pelo que o Estado produtor tem vindo a transformar-se em Estado regulador, visando a regulação prevenir e corrigir as falhas do sistema de mercado e a defesa do interesse público (SANTOS. *As parcerias público-privadas na saúde*, p. 33). Em específico para o setor da saúde, assenta Menicucci que o crescimento do setor privado — seja na prestação de serviços por unidades privadas, seja na existência de formas privadas de financiamento, gestão e acesso a serviços de saúde — é anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto das reformas econômicas dos anos 1990 no país e, portanto, não pode ser visto como uma simples resposta às pressões e mudanças geradas na conjuntura nacional e internacional (MENICUCCI. *A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado*. In: SANTOS; AMARANTE (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*, p. 187-188). Para maior aprofundamento na temática em causa, consultar COHN. *Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21*. In: SANTOS; AMARANTE (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*, p. 244-250.

¹³ É o que, em certa medida, expõe relatório do Governo francês sobre a avaliação de grandes projetos públicos, notadamente no que se refere à capacidade de financiamento: “[...] on notera une différence de taille entre le fonctionnement public et le fonctionnement privé. Dans ce dernier

cas, il est en effet toujours possible de trouver des financements pour des projets qui dépassent un certain seuil de rentabilité. Alors que le secteur privé peut engager des stratégies poussant vers un nombre illimité de projets individuellement rentables, le secteur public doit veiller à identifier les projets les plus utiles mais, également, à limiter le volume de ces projets — compte tenu des objectifs de maîtrise de la part de la dette dans le PIB” (BESSON. *Évaluation des grands projets publics: diagnostic et propositions*, p. 5-6).

¹⁴ MARQUES. *Serviço público, que futuro?*, p. 25.

¹⁵ É claro que a participação do setor privado não está isenta de dificuldades e dilemas. Vale ressaltar que, conforme sugere Crespo, a concentração excessiva dos operadores privados no quadro dos sistemas de saúde pode criar oportunidades favoráveis à concertação destes operadores entre si, com a colocação do Estado em uma posição de dependência perante parceiros privados que se afirma pela força da realidade em supremacia (CRESCO. *A Constituição e a privatização da satisfação dos deveres do Estado na área da saúde*, p. 78).

¹⁶ MARQUES. *Serviço público, que futuro?*, p. 135.

¹⁷ NABAIS. A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos dos direitos. *In: SOARES et al. Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Rogério Soares*, p. 760. É que, para além disso, não pode ser deslembado que as modernas finanças públicas alimentam-se basicamente dos impostos que lança à população, donde decorre a denominação “Estado Fiscal”, em abandono ao Estado dominial da tradição, financiado pela exploração das suas terras, salinas, lagares, portos e rotas comerciais, bem como em superação ao chamado Estado industrial, cujo financiamento assentar-se-ia nos lucros de fábricas e empresas públicas (VASQUES. *O princípio da equivalência como critério de igualdade tributária*, p. 16). Ora, se é certo que a noção de Estado fiscal postula a renúncia às finanças patrimoniais da pré-modernidade e também a renúncia a uma economia dominada pela intervenção pública, garantindo que a iniciativa econômica é reservada no essencial aos particulares, parece razoável admitir que, à vista deste Estado que se quer sempre mínimo, a diminuição das suas bases de financiamento implica reconhecer a incapacidade estrutural do Estado para prover tantos e variados bens e serviços públicos.

¹⁸ Paul Slovic denomina tal fenômeno de “fadiga da compaixão”, que se tem com o enfraquecimento do discurso e das ações baseadas na solidariedade e cujo fundamento tem por base, segundo ele, o fato de os números, especialmente os números grandes, não conseguirem despertar a emoção ou o sentimento necessário para estimular alguma ação. Ainda neste contexto, a importância de se salvar uma vida, segundo ele, psicologicamente, enfraquece diante do histórico de uma ameaça maior: pode-se, ilustrativamente, não sentir muita diferença entre salvar 87 ou 88 vidas no combate aos problemas da fome ou da pobreza (SLOVIC. Quanto mais pessoas morrem, menos nos importamos. *In: MICHEL-KERJAN; SLOVIC, (Org.). A economia irracional: como tomar as decisões certas em tempos de incertezas*, p. 30).

¹⁹ Ainda segundo o autor português, este é o terreno por excelência da lógica do dom, do desenvolvimento e matrizes de comunhão, campo do dar pelo dar e não do “dar por dever”, próprio do Estado, e do “dar para ter”, marca do mercado (LOUREIRO. *Adeus ao Estado Social?: a segurança social entre o crocodilo da economia e a medusa da ideologia dos “direitos adquiridos*, p. 26).

[20](#) MOREIRA NETO. *Quatro paradigmas do direito administrativo pós-moderno: legitimidade – finalidade – eficiência – resultados*, p. 104.

[21](#) Não é para menos. É que, no Brasil, por seu traçado histórico, somente na Constituição Federal de 1988 é que se fez referência à participação do setor privado nos serviços de saúde, embora, é certo, já houvesse disciplina infraconstitucional, novidade esta que, de fato, requereu e continua ainda a requerer mesmo algum tempo de maturação e assimilação, especialmente por parte das camadas mais conservadoras e sua natural propensão à manutenção e perpetuação de um determinado estado de coisas, num cenário que vai da consagração tardia do direito à saúde ao desafio de uma efetivação ainda incompleta.

[22](#) MODESTO. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil. *Boletim de Direito Administrativo*, p. 246-247. Ainda segundo o referido autor, “[...] o Estado deve ser regulador e promotor dos serviços sociais básicos e econômicos estratégicos. Precisa garantir a prestação de serviços de saúde de forma universal, mas não deter o domínio de todos os hospitais necessários; precisa assegurar o oferecimento de ensino de qualidade aos cidadãos, mas não estatizar todo o ensino. Os serviços sociais devem ser fortemente financiados pelo Estado, assegurados de forma imparcial pelo Estado, mas não necessariamente realizados pelo aparato do Estado” (p. 247).

[23](#) Não se deixa de reconhecer que o crescente envolvimento do setor privado na provisão de bens e serviços públicos que antes pertenciam (ou forjava-se pertencer) ao domínio exclusivo do Estado, embora pareça um paradigma irreversível, não deixa de ser, é preciso reconhecer, altamente controverso pelos problemas e dificuldades que a contratualização traz consigo.

[24](#) Ainda segundo o autor, as organizações sociais não podem ser superestimadas nem subestimadas como respostas consequentes à crise do aparelho do Estado no âmbito da prestação dos serviços sociais. O Estado com elas não se despede da responsabilidade de assegurar e garantir os direitos sociais básicos. O Estado continuará regulador e promotor de serviços sociais, contando, porém, com mecanismos de parceria renovados, ampliando a sua capacidade de direta ou indiretamente assegurar a fruição dos direitos sociais fundamentais (MODESTO. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil. *Boletim de Direito Administrativo*, p. 249).

[25](#) OLIVEIRA. *Parcerias na saúde: reflexões sobre a Emenda Constitucional nº 51/2006 e a Lei Federal nº 11.350/2006*, p. 32.

[26](#) Para Carvalho Filho, a descentralização administrativa nesse tipo de atividade pode propiciar grande auxílio ao governo, porque as organizações sociais, de um lado, têm vínculo jurídico que as deixa sob controle do Poder Público e, de outro, possuem a flexibilidade jurídica das pessoas privadas, distante dos freios burocráticos que se arrastam nos corredores dos órgãos públicos (CARVALHO FILHO. *Manual de direito administrativo*, p. 329).

[27](#) No que se tem certa restrição da autonomia da organização social, pois embora entidade privada, terá de se sujeitar a exigências contidas no contrato de gestão, com emergência da atividade reguladora, que, sobretudo em se tratando de saúde pública, se reveste de crucial

importância.

[28](#) DI PIETRO. *Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas*, 7. ed., p. 267.

[29](#) No quadro, aliás, de um movimento iniciado no mundo anglo-saxônico (especialmente no Reino Unido) e que ficou conhecido pela designação de revolução da gestão pública, de que as PPPs constituem a última etapa desse processo de alteração paradigmática. A propósito, esclarece Nazaré da Costa Cabral que a responsabilidade fundamental atribuída ao parceiro privado pela construção, financiamento e funcionamento das infraestruturas é elemento decisivo para contrapor as PPPs às formas tradicionais de contratação pública (As parcerias público-privadas. *Cadernos IDEFF*, p. 15), sendo certo que, como adverte a mesma Professora da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, as PPPs não devem ser vistas como remédio para todos os males, capazes de resolver, de uma só vez, as invocadas obsolescências burocráticas, presentes nos processos tradicionais de contratação pública, bem como as restrições orçamentais (intertemporais) dos Estados na atualidade (p. 29).

[30](#) Para mais detalhes sobre a temática da gestão dos serviços clínicos em sede de parcerias público-privadas, consultar.

[31](#) CABRAL. As parcerias público-privadas. *Cadernos IDEFF*, p. 21.

[32](#) Para cujo alcance os processos de avaliação para a tomada de decisão de investimento relevante adquirem importância crucial. Para um contributo acerca dos procedimentos a adotar na avaliação de grandes projetos públicos, em especial os de infraestrutura e de sistemas de informação, a reclamar um processo de decisão estruturado, consultar BESSON. *Évaluation des grands projets publics: diagnostic et propositions*.

[33](#) SANTOS. *As parcerias público-privadas na saúde*, p. 27.

[34](#) Notícia Jorge Abreu Simões que, em Portugal, a iniciativa das PPPs no setor da saúde teve a sua verdadeira entrada em cena no início da década, protagonizando um programa ambicioso, robusto e inovador no quadro da prossecução de uma política pública firmada num normativo constitucional, em que a provisão de cuidados de saúde assume a natureza de um serviço público de caráter social, cuja prestação há de ser gratuita ou tendencialmente gratuita e pautada pelos imperativos de universalidade e equidade. Salienta, porém, que, “[...] após um arranque auspicioso, o impulso inicial esmoreceu, tendo o programa PPP conhecido várias vicissitudes e mudado de trajetória, sofrendo a implementação um incómodo abrandamento. Assim, a caminho do final da década, uma boa parte do elenco dos projetos de parceria sucessivamente anunciados para a modernização da rede hospitalar está ainda por contratar e concretizar” (SIMÕES. Iniciativa PPP na saúde: aspectos de política, finanças e gestão. *In*: CABRAL; AMADOR; MARTINS (Org.). A reforma do sector da saúde: uma realidade iminente?. *Cadernos IDEFF*, p. 205-206).

[35](#) As referências a experiências internacionais neste texto porventura feitas têm a sua razão de ser no fato de a saúde e, de resto, todos os demais direitos fundamentais consagrados internacionalmente, induzirem a uma paulatina aproximação das ordens jurídicas nacionais. Ora, se os sistemas de saúde europeu e norte-americano proporcionam às populações de seus

territórios o alcance de níveis satisfatórios de proteção à saúde em comparação aos países latino-americanos, adequado se mostra, à vista da internacionalização que conduz à aproximação dos sistemas jurídicos, levar em conta os modelos alienígenas mais avançados, para deles extrair alguma contribuição válida. Cumpre ainda ressaltar que o Reino Unido foi o pioneiro na implantação de parcerias público-privadas em saúde, surgidas no início dos anos 90 do século passado. Pita Barros esclarece que elas (as PPPs em saúde inglesas) têm a sua gênese nas *private finance initiatives*, depois adotadas com diversas variantes em vários países (BARROS. As parcerias público-privadas na saúde em Portugal. In: SIMÕES (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, p. 521).

³⁶ Já que costumam ser vistos como vícios da contratação pública tradicional a derrapagem de custos e prazos na fase de concepção/construção. Como vantagens do processo das PPPs em face do *procurement* tradicional, apontam-se a diminuição das necessidades de recurso a financiamentos; transferência do risco; incremento na eficiência dos serviços prestados; redução de custos; garantia de qualidade do serviço prestado; maior rigor e melhor capacidade de gestão, transpondo para o setor público o *know-how* tecnológico, operativo e de gestão, as economias de escalas, a eficiência e flexibilidade de organização e os processos de contratação próprios do setor privado (CABRAL. As parcerias público-privadas. *Cadernos IDEFF*, p. 27). Em sentido semelhante são as observações de Paulo Miguel Oliveira Martins Torres, quando acrescenta que as PPPs permitem vencer restrições à despesa; repartir de forma eficiente as funções de provimento entre os setores público e privado; travar o crescimento dos passivos públicos; balancear a distribuição dos encargos e benefícios entre gerações; diminuir o número de funcionários públicos sem agravar o desemprego, bem como reanimar a economia ao abrir à iniciativa privada mercados anteriormente vedados ou mal geridos pelo setor público (TORRES. *Modelos de gestão hospitalar: SPA, AS, EPE, Contrato de Gestão ou PPP?*, p. 23).

³⁷ Consoante informa Januario Montone, que é Secretário de Saúde do Município de São Paulo, encontram-se em curso no município em causa 12 projetos de parcerias público-privadas, a envolver a construção de 3 hospitais, 6 com novas instalações e reforma de outros 3, o que vai proporcionar um aumento de 980 leitos (ampliação de 80%). Contudo, adotou-se na cidade de São Paulo o modelo da concessão parcial, limitada aos serviços não clínicos, ao passo que a gestão, o gerenciamento e a execução de todos os serviços clínicos serão do setor público, diretamente ou por meio de organizações sociais sem fins lucrativos, desenho que o município expandiu e que hoje responde por cinco hospitais, 15 prontos-socorros e outros 312 equipamentos de saúde. Ainda segundo o que afirma o Sr. Secretário de Saúde, o concessionário vai construir e equipar os hospitais com recursos próprios e nos parâmetros definidos pela prefeitura. Após a entrega do hospital, prestará os serviços não clínicos por 15 anos (MONTONE. Limite das PPPs na saúde. *Folha de S.Paulo*).

³⁸ MORELLE; TABUTEAU. *La sante publique: que sais-je?*, p. 123.

³⁹ Para mais aprofundamentos, consultar FERREIRA *et al.* A contratualização de cuidados de saúde. In: SIMÕES (Coord.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, p. 429. Em sentido semelhante e na esteira do que afirma Campos Fernandes, a complexidade funcional e operacional do sistema, a enorme dependência de fatores externos como a inovação e a vulnerabilidade associada aos fatores de risco e aos padrões de consumo de cuidados de saúde,

tornam muito incerta a estabilidade dos níveis de eficiência operacional, contexto este que torna muito difícil a efetividade das políticas públicas nos diferentes países, independentemente da natureza dos sistemas ou dos modelos de financiamento e de organização da prestação de cuidados de saúde (FERNANDES. Saúde, economia e desenvolvimento humano. *Brotéria*, p. 11).

⁴⁰ MARQUES. *Serviço público, que futuro?*, p. 19. Embora também não se desconheça que a “[...] a boa prática recomenda que a autoridade política não deve prosseguir um modelo com que não se sente confortável, sob pena de o fazer de uma forma hesitante, eventualmente errática e, provavelmente, mal” (SIMÕES. Iniciativa PPP na saúde: aspectos de política, finanças e gestão. In: CABRAL; AMADOR; MARTINS (Org.). *A reforma do sector da saúde: uma realidade iminente?. Cadernos IDEFF*, p. 212, em nota de rodapé).

⁴¹ Com o que, segundo Jorge Abreu Simões, expressa-se a tentativa de serem obtidos acréscimos de *value for Money* para o erário público face às práticas públicas tradicionais de financiamento e contratação, procurando congruar a eficiência de afetação do setor público com a eficiência produtiva do setor privado (SIMÕES. Iniciativa PPP na saúde: aspectos de política, finanças e gestão. In: CABRAL; AMADOR; MARTINS (Org.). *A reforma do sector da saúde: uma realidade iminente?. Cadernos IDEFF*, p. 207).

Como citar este artigo na versão digital:

Conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), este texto científico publicado em periódico eletrônico deve ser citado da seguinte forma:

OLIVEIRA, Rafael Arruda. Os contratos de gestão e de parceria público-privada na área da saúde pública. *Revista de Direito do Terceiro Setor – RDTS*, Belo Horizonte, ano 6, n. 12, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.bidforum.com.br/bid/PDI0006.aspx?pdiCntd=83413>>. Acesso em: 8 jan. 2013.

Como citar este artigo na versão impressa:

Conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), este texto científico publicado em periódico impresso deve ser citado da seguinte forma:

OLIVEIRA, Rafael Arruda. Os contratos de gestão e de parceria público-privada na área da saúde pública. *Revista de Direito do Terceiro Setor – RDTS*, Belo Horizonte, ano 6, n. 12, p. 105-124, jul./dez. 2012.