

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

MARIANA BALEEIRO MARTINS CARRERA

**PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP): ANÁLISE DO MÉRITO DE PROJETOS DO
SETOR SAÚDE NO BRASIL**

SÃO PAULO

2014

MARIANA BALEEIRO MARTINS CARRERA

**PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP): ANÁLISE DO MÉRITO DE PROJETOS DO
SETOR SAÚDE NO BRASIL**

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do grau de Doutorado em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento:
Administração em Saúde

Orientadora: Prof^a Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2014

Carrera, Mariana Baleeiro Martins.

PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP): ANÁLISE DO MÉRITO DE PROJETOS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL / Mariana Baleeiro Martins Carrera – 2014.

180 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Parceria público-privada. 2. Saúde pública - Administração. 3. Política de saúde - Brasil. 4. Administração pública - Brasil. I. Malik, Ana Maria. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614(81)

MARIANA BALEEIRO MARTINS CARRERA

**PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP): ANÁLISE DO MÉRITO DE PROJETOS DO
SETOR SAÚDE NO BRASIL**

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do grau de Doutorado em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Administração em Saúde

Data de Aprovação: 22/08/2014

Banca Examinadora:

Prof^a Ana Maria Malik (Orientadora)
FGV-EAESP

Prof. Antonio Pires Barbosa
Universidade Nove de Julho

Prof^a Regina Silvia Viotto Monteiro Pacheco
FGV-EAESP

Prof^a. Vera Cristina Caspari Monteiro
Direito GV

Prof. Walter Cintra Ferreira Junior
HC - FMUSP

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos meus queridos filhos, Alberto e João, que souberam ser compreensivos e incentivadores; a Heitor, companheiro de todas as horas, apoiador incondicional desta minha incursão pela vida acadêmica; e a meus pais, Maria Luiza e João, responsáveis por minha formação e grandes exemplos de retidão.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Ana Maria Malik, minha professora, orientadora e amiga, pelo apoio inteligente e bem humorado na elaboração deste trabalho, paciência, cuidado e carinho em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão João Martins pelas conversas inteligentes e apoio constante.

Às professoras Regina Pacheco e Vera Cristina Caspari Monteiro pela colaboração e sugestões oferecidas na etapa de qualificação desta tese.

Aos professores da EAESP/FGV, por compartilharem conhecimento.

Aos meus colegas do GVsaúde, pelas conversas e apoio, sempre valiosos.

Ao professor Wilson Rezende pela disponibilidade e apoio.

À Leila Dall'Acqua pela alegria, apoio e carinho.

À Cinthia Costa pela ajuda constante.

Aos entrevistados nessa pesquisa, que apesar das agendas atribuladas, destinaram um tempo importante a esse trabalho e compartilharam seus conhecimentos e opiniões.

À Carla, Ana Júlia, Fernanda e Nelson, alunos de Administração de Empresas e Administração Pública da EAESP-FGV, que participaram comigo do Conexão Local.

À CAPES pelo suporte que me foi conferido no período.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo compreender a análise do mérito de projetos de PPP, com ênfase no setor saúde. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa de natureza exploratória, com levantamento bibliográfico e documental, entrevistas com os principais *stakeholders* e análise de projetos. Foram estudados, também, modelos nacionais e internacionais de análise de mérito – *Value for Money*. O *VFM* apresenta como principais parâmetros a discussão sobre contratos baseados em resultados, competição, transferência de risco para a iniciativa privada, inovação e divisão de responsabilidades. São três seus elementos básicos: economia, eficácia e eficiência. Porém, a obtenção de economia e eficiência não tem valor se a eficácia (garantia de que uma determinada atividade alcance os resultados desejados) não for observada. Os resultados apontam que a utilização de PPP está, progressivamente, se tornando mais freqüente no setor saúde no Brasil. No entanto, essas parcerias necessitam de amadurecimento e aperfeiçoamento administrativo, técnico, gerencial e político. Com isso, pretende-se contribuir para o maior conhecimento e entendimento da PPP como uma nova modalidade institucional para a gestão da saúde, documentando um momento ainda inicial desse processo e apresentando as dimensões mais críticas para o sucesso da sua implantação no setor saúde no Brasil.

Palavras-chave: *Value for Money*, Gestão em Saúde, Gestão Pública da Saúde, Parceria Público-Privada, Administração Pública.

ABSTRACT

The goal of this study is to understand the merit evaluation models of PPP projects and to study existing projects in the healthcare sector in Brazil, as of June, 2014. The methodology was a qualitative research of exploratory nature, through a bibliography and document review, interviews with key stakeholders and analysis of projects. It also involved the study of national and international merit assessment models – Value for Money. Key parameters presented by VFM are: discussions of projects based on results, competition, risk transfer to the private initiative, innovation and responsibility sharing. It is composed of three basic elements: economy, efficacy and efficiency. However, achieving economy and efficiency is meaningless if the efficacy (guaranteeing that a given activity achieves its goals) is not observed. The results point out that the utilization of PPPs is, slowly, becoming more frequent in the healthcare sector in Brazil. Nevertheless, such partnerships need to mature and to improve their administration, technical, managerial and political aspects. As such, it intends to contribute for a better knowledge and understanding of PPP as a new institutional way to manage healthcare, documenting the early stages of this process and presenting the most critical dimensions for the success of its implementation in the healthcare sector in Brazil.

Keywords: Value for Money, Healthcare Management, Public Healthcare Management, Public-Private Partnership, Public Management.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
DL	Decreto Lei
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FGP	Fundo Garantidor das Parcerias
FURP	Fundação para o Remédio Popular 'Chopin Tavares de Lima'
HS	Hospital do Subúrbio
ICMS	Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFC	Corporação Financeira Internacional do Banco Mundial
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MIP	Manifestação de Interesse da Iniciativa Privada

NGP	Nova Gestão Pública
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PFPP	Programa de Fomento à Participação Privada em Infraestrutura
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PIB	Produto Interno Bruto
PMI	Procedimento de Manifestação de Interesse
PPC	Projeto Público de Comparação
PPP	Parceria Público-Privada
PPR	Projeto Privado de Referência
RCL	Receita Corrente Líquida
RH	Recursos Humanos
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SPE	Sociedade de Propósito Específico
SSA	Serviço Social Autônomo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TIR	Taxa Interna de Retorno
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VFM	<i>Value for Money</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Projetos de PPP do setor saúde no Brasil (janeiro de 2010 a junho de 2014)

Tabela 2. Entrevistados

Tabela 3. Hospitais/maternidades administrados pela EBSEH

Tabela 4. Características das Diversas Modalidades de Gestão do Setor Saúde

Tabela 5. Modelos de análise de mérito de projetos de PPP

Tabela 6. Projetos de PPP no setor saúde no Brasil – período de janeiro de 2010 a junho de 2014

Tabela 7. Prazo de vigência dos contratos analisados

Tabela 8. Contraprestações do HS

Tabela 9. Hospitais da Central de Diagnóstico por Imagem

Tabela 10. Fator de produção por taxa de ocupação

Tabela 11. Composição dos lotes para implantação dos centros de saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Processo de elaboração de projeto de PPP

Figura 2. *EPEC PPP Guide*

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	18
2.	DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA.....	20
2.1.	OBJETO DE PESQUISA.....	20
2.2.	PERGUNTA DE PESQUISA.....	20
2.3.	OBJETIVOS.....	20
3.	METODOLOGIA.....	21
3.1.	PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL.....	21
3.2.	PESQUISA EMPÍRICA.....	21
3.2.1.	MODELOS DE ANÁLISE DE MÉRITO DE PROJETOS DE PPP NA SAÚDE.....	21
3.2.2.	ANÁLISE DE PROJETOS – JANEIRO DE 2010 A JUNHO DE 2014.....	22
3.2.3.	ENTREVISTAS.....	23
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
4.1.	O SUS E A GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL.....	27
4.2.	PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NA SAÚDE.....	32
4.2.1.	AUTARQUIA.....	35
4.2.2.	FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO.....	36
4.2.3.	FUNDAÇÃO DE APOIO.....	37
4.2.4.	FILANTROPIA.....	39

4.2.5. SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO – SSA	41
4.2.6. SOCIEDADE DE ECONOMIA MISTA.....	42
4.2.7. ORGANIZAÇÃO SOCIAL – OS	42
4.2.8. ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO.....	46
4.2.9. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH.....	47
4.2.10. CONCESSÃO – PPP.....	49
4.2.11. AS DIFERENTES MODALIDADES.....	50
4.3. PPP.....	53
4.3.1. HISTÓRICO, CONCEITUAÇÃO, PRINCÍPIOS E LIMITAÇÕES.....	53
4.3.2. PPP NA SAÚDE NO MUNDO.....	63
4.3.3. PPP NA SAÚDE NO BRASIL – UMA EXPERIÊNCIA EM ANDAMENTO.....	64
4.4. VALUE FOR MONEY.....	69
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	74
5.1. MODELOS DE ANÁLISE DE MÉRITO DE PROJETOS DE PPP NA SAÚDE.....	74
5.1.1. <i>P3 BUSINESS CASE DEVELOPMENT GUIDE - PPP CANADA.....</i>	75
5.1.2. <i>PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS REFERENCE GUIDE – PUBLIC-PRIVATE INFRASTRUCTURE ADVISORY FACILITY (PPIAF), THE WORLD BANK.....</i>	77
5.1.3. <i>GUIDE TO GUIDANCE – EPEC PPP GUIDE.....</i>	86
5.1.4. <i>TREASURY’S VALUE FOR MONEY ASSESSMENT FOR PFI – GUIDANCE FOR NHS BUILD SCHEMES.....</i>	93

5.2.	PESQUISA EMPÍRICA (DOCUMENTAL E ENTREVISTAS) – ANÁLISE DE PROJETOS: JANEIRO DE 2010 A JUNHO DE 2014.....	97
5.2.1.	HOSPITAL DO SUBÚRBIO – BAHIA.....	108
5.2.2.	INSTITUTO COUTO MAIA – BAHIA.....	115
5.2.3.	CENTRAL DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – BAHIA.....	120
5.2.4.	COMPLEXOS HOSPITALARES – ESTADO DE SÃO PAULO.....	122
5.2.5.	MODERNIZAÇÃO DA REDE HOSPITALAR – MUNICÍPIO DE SÃO PAULO..	128
5.2.6.	HOSPITAL METROPOLITANO DE BARREIRO – BELO HORIZONTE.....	134
5.2.7.	ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE – BELO HORIZONTE.....	139
5.2.8.	HOSPITAL DO GAMA E HOSPITAL DE BASE – DISTRITO FEDERAL.....	144
5.3.	DISCUSSÃO.....	147
6.	CONCLUSÃO.....	166
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169
8.	BIBLIOGRAFIA.....	171

1. INTRODUÇÃO

Com duas décadas e meia de existência, o Sistema Único de Saúde tem muitos resultados a celebrar, como: universalidade; criação e implementação de programas de atenção; ampliação de ações de prevenção a doenças; descentralização das responsabilidades, atribuições e recursos para estados e municípios; e criação de espaços de pactuação bipartite e tripartite. No entanto, apresenta também enormes desafios a superar, sendo um deles a gestão. No Brasil há participação do setor privado desde o início da prestação de assistência (Santas Casas), e na gestão desde a década de 90. A principal razão apontada para a utilização dessas parcerias é a busca por eficiência para os serviços públicos.

A partir dos anos 90, o paradigma da Nova Gestão Pública norteou as reformas da gestão pública em vários países. São três os pontos centrais da NGP: construção de um modelo organizacional mais flexível, gestão para resultados e novas formas de *accountability* (FERLIE et al. 1999, ABRUCIO 2012). Na gestão, é introduzida uma nova lógica: mudança do foco das políticas públicas dos procedimentos para os resultados.

Depois das Fundações, Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), em 2004, foi instituída no Brasil uma nova modalidade de gestão – Parceria Público-Privada (PPP) no sentido estrito, regida pela Lei Federal nº 11.079. Além de tentar atender a expectativa de melhor gestão, ela inova mediante possibilidade de investimento pelo parceiro privado. As PPPs estão presentes em diversos setores, como saneamento, mobilidade urbana, estradas, aeroportos, sistemas prisionais, educação e saúde. São aplicáveis em várias situações, como reforma e/ou construção de instalações de saúde, provisão de serviços não clínicos, prestação de serviços de atenção primária, provisão de serviços de apoio diagnóstico, provisão de serviços clínicos especializados e gestão hospitalar.

Na Inglaterra, país de origem das PPPs, os principais fatores apresentados como justificativa para sua adoção foram: expectativa de melhoria nos serviços públicos; crença de que as empresas privadas podem ser mais eficientes e melhor gestoras do que as empresas públicas; expectativa de melhoria da eficiência no uso dos recursos públicos; transferência e compartilhamento de riscos; possibilidade de aumento de investimentos públicos, por meio de participação de recursos privados; governança e monitoramento dos serviços (HM TREASURY, 2003). No entanto, é preciso verificar – qualitativa e quantitativamente – a conveniência e a oportunidade da sua realização.

Para isso, é necessário analisar *Value for Money* (VFM), levando em consideração premissas técnicas, econômico-financeiras e jurídicas. Diversos modelos de análise de VFM de projetos de PPP são desenvolvidos e estudados. Para DEMIRAG ET AL (2011), são três seus elementos básicos: economia, eficácia e eficiência. É fundamental que o setor público também tenha condições de avaliar a factibilidade, viabilidade e efetividade de um projeto de PPP, considerando um nível aceitável de riscos.

O Brasil possui projetos de PPP em diversas áreas. Em julho de 2014, a implementação no setor da saúde encontra-se ainda em fase inicial, com um único projeto em funcionamento (Hospital do Subúrbio – Bahia). Além dele, há cinco projetos contratados (ICOM – Bahia, Complexos Hospitalares e FURP – Estado de São Paulo, Hospital Metropolitano de Barreiro – Belo Horizonte e Unidades Básicas de Saúde da Família – Manaus) e outros treze em fase de estudos ou suspensos. Cada novo projeto pode e deve motivar a adoção de novas estratégias de avaliação de oportunidade e conveniência.

2. DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

2.1. OBJETO DE PESQUISA

A presente tese de doutorado tem como objeto de estudo a Parceria Público-Privada – PPP, no sentido restrito, regida pela Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004.

2.2. PERGUNTA DE PESQUISA

A questão que orientou esta tese foi: Como as avaliações *ex-ante* contribuem para a análise do mérito de projetos de PPP no setor saúde?

2.3. OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho é compreender a análise do mérito de projetos de PPP, com ênfase no setor saúde.

Os objetivos específicos são:

- Discutir e analisar conceitos e questões apontadas na literatura e nos modelos de análise do mérito estudados.
- Identificar como são aplicados os modelos estudados nas experiências do setor saúde no Brasil, até junho de 2014.

3. METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa de natureza exploratória, com levantamento bibliográfico, análise documental e entrevistas com pessoas que tiveram (ou têm) experiências práticas com o objeto pesquisado e análise de projetos.

3.1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de levantamento no acervo da biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getulio Vargas, incluindo o catálogo de dissertações e teses. As bases de dados utilizadas foram: SCIELO, LILACS, EBSCO, CAPES, JSTOR, BIREME, PROQUEST, EMERALD e INGENTA. Foram também usados textos de Direito Administrativo e teses de outras instituições de referência.

Palavras-chave: *Value for Money*, Análise do Mérito, Gestão em Saúde, Gestão Pública da Saúde, Parceria Público-Privada, Administração Pública.

3.2. PESQUISA EMPÍRICA

3.2.1. MODELOS DE ANÁLISE DE MÉRITO DE PROJETOS DE PPP NA SAÚDE

Foram estudados dez modelos internacionais de análise de mérito de projetos de PPP. Os modelos foram selecionados a partir de achados da pesquisa bibliográfica. Num segundo momento, usando os critérios de cronologia e área de atuação (setor saúde), foram selecionados quatro modelos para estudo mais detalhado.

3.2.2. ANÁLISE DE PROJETOS – JANEIRO DE 2010 A JUNHO DE 2014

O estudo contemplou projetos de PPPs do setor saúde no Brasil, no período de janeiro de 2010 a junho de 2014. O período foi definido com base na elaboração em 2010 do primeiro projeto de PPP no setor saúde no Brasil (Hospital do Subúrbio – Bahia), até a conclusão dessa pesquisa em junho de 2014. Os documentos analisados foram: legislações federais e estaduais, editais, contratos, termos aditivos, atas de audiências e consultas públicas, chamamentos públicos, entre outros. As informações foram obtidas via Diário Oficial, *sites* das Secretarias da Saúde e Fazenda dos estados e municípios, e *sites* dos consórcios privados. Os projetos selecionados estão listados na Tabela 1.

Tabela 1. Projetos de PPP do setor saúde no Brasil - janeiro de 2010 a junho de 2014

Projetos	Locais
Hospital do Subúrbio	Bahia
Instituto Couto Maia	Bahia
Central de Diagnóstico por Imagem	Bahia
Complexos Hospitalares	Estado de São Paulo
Fundação para o Remédio Popular 'Chopin Tavares de Lima' - FURP	Estado de São Paulo
Logística de Medicamentos	Estado de São Paulo
Modernização da Rede Hospitalar	Município de São Paulo
Hospital Metropolitano de Barreiro	Belo Horizonte
Atenção Primária da Saúde	Belo Horizonte
Hospital do Gama, Hospital de Base do DF e Usina de Exames e Central de Laudos	Distrito Federal
Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF	Manaus
Hospital da Zona Norte de Manaus	Amazonas
Hospital Regional Metropolitano	Ceará
Complexos Hospitalares	Estado do Rio de Janeiro
Hospital Infantil de Mato Grosso	Mato Grosso
Hospital Estadual Infantil	Espirito Santo
Hospital de Trauma de Natal	Rio Grande do Norte
Hospital Estadual de Urgência e Emergência de Rondônia (HEURO)	Rondônia

Complexos de Saúde do Exército Brasileiro (PPP-HOSPMIL)	Federal - Exército
---	--------------------

Fonte: Elaboração própria

3.2.3. ENTREVISTAS

Para viabilizar a consecução dos objetivos dessa pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com os principais *stakeholders* de várias instâncias dos projetos de PPP implantados ou em fase de estudo na área da saúde no Brasil. Foram realizadas dezessete entrevistas no período de janeiro a junho de 2014, pessoalmente ou por telefone, com uma duração média de 50 minutos. Apesar de haver um roteiro semiestruturado, as entrevistas ocorreram em forma de diálogo, foram gravadas e posteriormente transcritas.

Os critérios de inclusão dos entrevistados foram:

- Terem participado da elaboração de projetos de PPP na saúde no Brasil
- Terem assessorado tanto o setor público quanto o privado na elaboração de projetos
- Serem pesquisadores sobre o objeto de estudo

Tabela 2. Entrevistados

Entrevista	Critério	Descrição
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo	Participaram da elaboração de projeto de PPP	Projetos: Modernização da Rede Hospitalar do Município de São Paulo
Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo	Participaram da elaboração de projetos de PPP	Projetos: Fundação para o Remédio Popular (FURP), Logística de Medicamentos e Complexos Hospitalares (Hospital Estadual de São José dos Campos, Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher – HCRSM, Hospital Estadual de Sorocaba)
Secretaria Estadual da Saúde da Bahia	Participaram da elaboração de projetos de PPP	Projetos: Hospital do Subúrbio, Instituto Couto Maia e Centro de Diagnóstico por Imagem

Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte	Participaram da elaboração de projetos de PPP	Projetos: Hospital Metropolitano do Barreiro e Rede de Atenção Primária à Saúde
Secretaria da Saúde do Distrito Federal	Participaram da elaboração de projetos de PPP	Hospital do Gama, Hospital de Base do DF e Usina de Exames e Central de Laudos
IFC – Corporação Financeira Internacional do Banco Mundial	Participaram da elaboração de projetos de PPP	Consultoria nos projetos: Hospital do Subúrbio na Bahia, Centro de Diagnóstico por Imagem na Bahia, Rede de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social	Participaram da elaboração de projetos de PPP	Consultoria nos projetos: Hospital do Subúrbio na Bahia, Centro de Diagnóstico por Imagem na Bahia, Rede de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte e Hospital Metropolitano do Barreiro em Belo Horizonte
Antares NP Consulting	Participaram da elaboração de projetos de PPP	Consultoria nos projetos: Centro de Diagnóstico por Imagem da Bahia, além de outros projetos internacionais
Advogado	Pesquisador sobre o objeto de estudo	Participou da concepção das Leis Federal e Mineira de Parcerias Público-Privadas, deu assessoria no desenvolvimento de projetos de PPP, escreveu diversos artigos e livros sobre o tema
Manesco, Ramires, Perez, Azevedo Marques Sociedade de Advogados	Participaram da consultoria jurídica de projetos de PPP	Projetos: Hospital Metropolitano do Barreiro em Belo Horizonte, Hospital do Subúrbio da Bahia, Centro de Diagnósticos por Imagem da Bahia
Portugal Ribeiro Advogados	Participaram da consultoria jurídica de projetos de PPP	Projeto da Atenção Primária da Saúde de Belo Horizonte
Observatório das Parcerias Público Privadas	Pesquisadores sobre o objeto de estudo	Centro de estudos e pesquisas a respeito de políticas, instituições e instrumentos viabilizadores de investimentos públicos e privados em infraestrutura econômica (energia elétrica, gás, rodovias, ferrovias, portos, aeroportos, etc.) e infraestrutura social (escolas, hospitais, presídios, etc.)

Construtora Andrade Gutierrez	Elaboração de PMI no setor saúde	Hospital Metropolitano de Belo Horizonte
-------------------------------	----------------------------------	--

Fonte: Elaboração própria

O foco das entrevistas foi conhecer a metodologia usada para a elaboração dos projetos de PPP no setor saúde no Brasil, mais especificamente, o estudo da oportunidade e viabilidade desses projetos, conforme o Artigo 10º da Lei Federal 11.079/2004:

“A contratação de PPP será precedida de licitação na modalidade de concorrência, estando a abertura do processo licitatório condicionada a:

I – autorização da autoridade competente, fundamentada em estudo técnico que demonstre:

a) a conveniência e a oportunidade da contratação, mediante identificação das razões que justifiquem a opção pela forma de parceria público-privada.”

O roteiro das entrevistas contemplou as seguintes questões:

- Na fase de planejamento, como ocorreu (ocorre) o estudo da necessidade pelo projeto e a definição dos objetivos e escopo?
- Como foi decidida a opção por Procedimento de Manifestação de Interesse (PMI) para elaboração de projetos?
- Como funciona a elaboração de projetos via PMI?
- Como foi (é) a análise das outras possíveis modalidades de gestão e a opção pela PPP?
- Como foi (é) realizada a avaliação da viabilidade do projeto?
- Na fase de análise do investimento, como foi (é) a preparação do projeto de referência?
- Como foi (é) feita a verificação do interesse público e a averiguação de mercado?
- Em relação à avaliação e ao monitoramento do contrato, existiu (existe) uma preocupação com a capacidade do Estado na fase *ex-post* (monitoramento da prestação de contas e/ou análise da qualidade)?

- Quais são os entraves atuais da modalidade de PPP na saúde no Brasil?
- Quais os principais questionamentos a respeito dos projetos que foram (estão) interrompidos e/ou suspensos?

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. O SUS E A GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, é considerada como um dos principais marcos do processo de reforma que levou à criação do Sistema Único da Saúde – SUS. Nela teve origem a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, instalada ainda em 1986, com a finalidade de analisar as dificuldades da rede nacional de serviços de saúde e sugerir um novo sistema. (CONASS, 2007)

O Relatório Final da 8ª Conferência e a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) fixaram uma agenda que foi incluída na Constituição Federal de 1988, definindo os parâmetros legais do SUS (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003). O Art. 196 da Constituição Federal define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”. (BRASIL, 2010)

Em 1990 foram publicadas as Leis Orgânicas da saúde: Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. A Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Ela determina, ainda, a forma de financiamento e dos repasses dos recursos SUS. A Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ela determina a criação da Conferência de Saúde, dos Conselhos de Saúde e das formas de financiamento do SUS.

O Sistema Único da Saúde deu início a uma reforma setorial/sanitária que tem como princípios:

- Universalidade – a saúde como direito de todos;
- Integralidade da assistência – ações de caráter preventivo e curativo, individual e coletivo;

- Equidade – apesar da Lei Orgânica apontar o princípio da igualdade, o princípio do SUS é a equidade (igualdade conforme a necessidade);
- Descentralização político-administrativa – três esferas (nacional, estadual e municipal), cada uma com comando único e atribuições próprias;
- Municipalização, regionalização e hierarquização;
- Participação da comunidade – controle social.

Além das Leis 8080/90 e 8142/90, que definem diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB). Estas são portarias do Ministério da Saúde que reforçam o poder de regulamentação do SUS. Elas definem os objetivos e as diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde e ajudam na normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo.

A **NOB 01/91** esclarece a relação contratual entre União, estados e municípios e os mecanismos de repasse financeiro por meio de convênios. Ela também regulamenta a criação dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e de seus respectivos conselhos. A **NOB 01/93** trata estados e municípios como prestadores de serviços e estabelece três alternativas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. A principal inovação da NOB 01/93 foi implementar os mecanismos de transferência “fundo a fundo” nos municípios em condição de gestão semiplena, que poderiam efetivamente assumir a gestão local do sistema de saúde, dentro dos seus limites de competência. Com a publicação da **NOB 01/96**, cujo foco principal é a redefinição das prerrogativas municipais, foram estabelecidos dois níveis de gestão para os municípios: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal de saúde. Essa NOB normatiza também a forma de pagamento dos prestadores de serviço estatais ou privados contratados e conveniados, passando a sua responsabilidade para estados e municípios, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados. Porém, a NOB 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial, principalmente porque durante o período de sua vigência – 1998 a 2000 – diversas outras portarias influenciaram o processo de descentralização, ao estabelecerem outras regras com efeitos sobre a

descentralização, financiamento e relação entre gestores (NOB 91, NOB 93 e NOB 96). GOULART (2001) usa de ironia ao apontar “o jeito NOB de fazer o SUS – esculpido a golpes de portaria”.

Em 26 de janeiro de 2001 foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – **NOAS 01/2001**. Seus principais pontos foram: a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; a definição do processo de regionalização da assistência; a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Em 2002 foi editada a **NOAS/2002** através da portaria 373/GM. Essa norma tem como foco a regionalização, além da ampliação da aplicação da Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001; 2002).

A portaria 399/GM editada em fevereiro de 2006 divulga o **Pacto pela Saúde** como consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais. Esta portaria redefine as relações entre os gestores das três esferas (federal, estadual e municipal), instituindo o Termo de Compromisso com o Pacto. Suas metas e indicadores são referenciais para a gestão do Sistema Único de Saúde nas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006).

Pode-se afirmar que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo constitucionalmente obrigado a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população. MENDES (2013) aponta que o SUS cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e de assistência à saúde.

O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), publicação oficial do Ministério da Saúde, demonstra a existência de 5213 hospitais gerais e 1095 especializados, com um total de 6308 hospitais em 2013. Eram realizadas em média 12

milhões de internações por ano – 5,78 internações por 100 habitantes, num total de 450 mil leitos. A Rede Ambulatorial do SUS era constituída por aproximadamente 60 mil estabelecimentos, sendo realizados, em média, um bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde e 150 milhões de consultas médicas ao ano. (DATASUS, 2014).

Com duas décadas e meia de existência, o SUS tem muitos resultados a celebrar e enormes desafios a superar. Os principais problemas a serem enfrentados, conforme estudiosos da área, são: a universalização, o financiamento, o modelo institucional, o modelo de atenção à saúde, a gestão do trabalho e a participação social (CAMPOS 2007; COSTA 1998; MEDICI 2011; VILAÇA MENDES 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou em 2011 que as despesas públicas e privadas com saúde no Brasil corresponderam a quase 9% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, o que equivale a R\$ 284,34 bilhões. Esse gasto é pouco superior à média global - 8,5% do PIB. No entanto, o modelo brasileiro de operação do sistema de saúde é um caso particular, pois ao mesmo tempo em que o país oferece serviços públicos universais e gratuitos, as despesas do segmento privado são maiores que as governamentais, na proporção de 54,3% e 45,7% respectivamente.

O desafio do financiamento deve ser analisado em dois aspectos principais: insuficiência dos recursos financeiros e qualidade dos gastos. Os serviços de saúde são caros e os gastos em saúde são altos e crescentes. (SANTO e TANAKA, 2011) Os principais motivos são: envelhecimento da população, aumento da longevidade, transição epidemiológica (doenças crônicas) e incorporação tecnológica. Diante dessa situação, alguns gestores públicos e estudiosos apostam que são necessárias alternativas à gestão pública da saúde com participação de instituições privadas na prestação dos serviços, ainda que o planejamento e a regulação permaneçam sob responsabilidade do Estado, com o objetivo de alavancar recursos e eficiência na gestão.

No cenário mundial, a partir dos anos 90 o paradigma do *New Public Management* ou da Nova Gestão Pública (NGP) norteou as reformas da gestão pública em vários países. No Brasil, ela também inspirou a Reforma Gerencial de 1995. São três os pontos centrais da NGP: construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional; gestão para resultados e novas formas de *accountability* (FERLIE et al. 1999, ABRUCIO 2012).

A construção de um modelo organizacional mais flexível significa a existência de diversos modelos institucionais e organizacionais na provisão de serviços públicos. Essa idéia está relacionada à descentralização e à existência de novas redes de relacionamento entre Estado e sociedade. (ABRUCIO 2012).

A gestão para resultados introduz uma nova lógica e muda o foco das políticas públicas, dos procedimentos para os resultados. Significa que a administração pública deveria se orientar mais por critérios de desempenho do que por normas e procedimentos. Isso promoveria a flexibilidade na gestão das atividades, porque ao invés de os serviços estarem orientados por uma estrutura burocrática rígida, que dita os procedimentos a serem seguidos, esta lógica de gestão introduz a questão das metas e indicadores a serem obtidos por cada provedor. A avaliação passa a ser em função dos resultados atingidos. A contratualização é considerada uma das políticas de NGP mais comumente utilizada nos países da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico). Governos de diferentes países estão utilizando parceiros privados e instituições descentralizadas para elaborar, gerir e implementar políticas públicas (OECD,2005).

O terceiro ponto da NGP se refere às novas formas de *accountability*. Na sua definição original, esse termo diz respeito “al cumplimiento de una obligación del funcionario público de rendir cuentas, sea a un organismo de control, al parlamento o a la sociedad misma” (CLAD, 2000, p. 329). A preocupação na tradução do termo para o português foi iniciada por ANNA MARIA CAMPOS (1990) e continua sendo discutida até hoje por muitos autores. Para PINHO (2009) o estudo sobre sua compreensão tem “caráter

progressivo inesgotável”. *Accountability* engloba as ideias de transparência na condução das ações, efetiva prestação de contas na utilização dos recursos e responsabilização dos gestores públicos, tanto por suas ações quanto pelas omissões. No entanto, além das formas clássicas de *accountability* (eleitoral e baseada em normas e procedimentos), existem outras, entre as quais a participação da sociedade na deliberação e no controle dos serviços públicos, e aquelas vinculadas a resultados. Para ABRUCIO (2012) as novas formas de *accountability* devem incluir também eficiência e desempenho na provisão de serviços: acesso, qualidade, custo, confiabilidade e disponibilidade.

Existem também críticas ao modelo gerencial da NGP que se estabelece dentro de uma concepção que enfatiza a constituição do interesse público como fator importante na gestão pública, e não apenas a obtenção de resultados e eficiência. Essas novas ideias introduzem um componente de gestão que se baseia na elevação da governança no setor público. STEPHEN OSBORNE (2006) aponta que a NGP é defeituosa na teoria e falhou na prática. O questionamento recorre sobre a falta de controle dos processos.

Uma provocação trazida pela NGP é que, para atender ao Estado de bem-estar social, garantindo serviços públicos e proteção à população, o Estado não precisa obrigatoriamente fazê-lo de forma direta, mas sim garantir sua entrega, mesmo que de maneira indireta, mediante seu poder de regulamentação sobre a sociedade civil. O poder público está cada vez mais se aproximando da iniciativa privada para alavancar seu desenvolvimento, por meio de parcerias que, se espera, redundem em melhor atendimento aos usuários do sistema de saúde.

4.2. PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS NA SAÚDE

Onde termina a responsabilidade do Estado e começa o papel da iniciativa privada no setor saúde? Por que dividir se é possível unir forças em prol de todo o sistema?

A relação entre o setor público e o privado está, progressivamente, se tornando mais frequente na prestação do serviço público da saúde no Brasil. No entanto, qualquer relação de parceria entre Estado e parceiro privado está repleta de necessidades, como o aperfeiçoamento administrativo, técnico e gerencial, tornando efetivas as potencialidades das alianças estratégicas intersetoriais (FISCHER 2005).

Na administração direta, os entes federativos (União, estados, Distrito Federal e municípios) têm como principais características: regime de pessoal estatutário, com provimento por concurso público (CF, arts. 37 e 39; Lei nº 8.112/90); finanças regidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal; regras de licitação observadas (Lei nº 8.666/93) e controle interno e externo – fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial (CF, arts. 70 e 74) (BRASIL, 2010). Diante disso, a administração direta enfrenta inúmeros problemas, como consequência da falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa.

As principais dificuldades são: pouca agilidade nos processos licitatórios (compra de insumos e equipamentos); baixo dinamismo tecnológico e dificuldade na contratação de profissionais de qualidade no número necessário. Outras disfunções dessa burocracia são: incapacidade de mudança, superconformidade às regras e procedimentos e conservadorismo crescente (NOGUEIRA, 2011).

A fim de viabilizar o funcionamento de uma unidade de saúde, partindo da premissa que este tipo de organização requer agilidade dos processos, iniciou-se a contratação de entes privados para prestação de serviços administrativos como: segurança, lavanderia, higiene, nutrição, manutenção, entre outros. Depois, a gestão das áreas de apoio (diagnóstico por imagem, laboratório, entre outros) também começou a ser contratada da iniciativa privada. Mais tarde, mesmo com questionamentos jurídicos, serviços assistenciais diretos (anestesia, cardiologia, pediatria, entre outros) também passaram a ser contratados de empresas privadas devido à dificuldade de gestão de recursos humanos do ente público. Portanto, um hospital sob a gestão direta do Estado

pode assumir diversos contratos com diferentes empresas (muitas de pequeno porte) para gerenciar. Essa característica torna muito mais complexo e difícil o controle.

Com o objetivo de amenizar as dificuldades criadas pelas regras da gestão direta, surgiu a discussão sobre as diferentes modalidades institucionais da gestão pública, que vêm, progressivamente, se tornando presentes na prestação dos serviços no setor saúde. Os arranjos contratuais entre autoridades governamentais de saúde e prestadores privados ou estatais têm o intuito de melhorar o desempenho dos prestadores e incrementar a prestação de contas de resultados para usuários, financiadores e governos. (LIMA e RIVERA, 2012)

Mudanças de cunho legal têm sido adotadas na tentativa de deixar menos dúbios e mais formalizados os processos. Todavia, a discussão sobre as relações público-privadas no âmbito do SUS tem gerado muita polêmica. Os discursos dos principais estudiosos e gestores da administração pública da saúde sobre as compatibilidades e incompatibilidades dos princípios do SUS e do Direito Sanitário com os princípios das parcerias público-privadas são fortes e controversos.

Para NOGUEIRA (2011), existem três posições acerca das modalidades institucionais do SUS. A primeira representa os “defensores do SUS público puro”, que rejeita todas as formas de administração indireta na saúde ou parcerias público-privadas. O segundo grupo é composto pelos “defensores do SUS de gestão pública flexível”, que rejeitam as Organizações Sociais e defendem o modelo de Fundação Estatal. O último grupo representa os “defensores do SUS mais efetivo”, composto pelos que apoiam a ideia das OSs e OSCIPs e que, em alguns casos, também defendem as Fundações.

A relação entre os setores público e privado precisa ser de complementariedade e não de antagonismo. Há experiências que atestam a possibilidade de simbiose entre o Estado e grupos privados na gestão da saúde pública, e outras que apontam o parasitismo ou o comensalismo.

4.2.1. AUTARQUIA

As autarquias são criadas por lei específica, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública. Elas podem ser federais, estaduais, distritais ou municipais, conforme tenham sido criadas pela União, estado, Distrito Federal ou município. Consideradas um pedaço do Estado que se “desprende” de sua matriz, para adquirir vida e personalidade jurídica própria, as autarquias são igualmente de direito público, submetendo-se ao regime jurídico de gestão da administração direta. As principais características desse regime são: contratação de servidores por concurso; respeito à lei de licitações (Lei nº 8.666/93); pagamento de débitos por meio de precatórios; entre outras. Essas instituições possuem isenção de tributos municipais, estaduais e federais. Diferente da administração direta, a autarquia possui orçamento próprio (com contingenciamento), com controles e fiscalizações realizados pelo Legislativo, Tribunal de Contas, Conselho de Saúde e Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

Existem Autarquias às quais a Constituição e a Lei atribuem maior grau de autonomia e de independência – as Autarquias Especiais. Nelas, os dirigentes possuem mandato fixo e estabilidade, com maior autonomia de atuação. No setor saúde destacam-se nessa modalidade de gestão por exemplo, as Universidades Públicas e os hospitais de Clínicas, das Faculdades de Medicina da USP de São Paulo e Ribeirão Preto e da UNICAMP.

A modalidade de Autarquia não traz necessariamente maior agilidade para a gestão pública. Os processos administrativos possuem as mesmas características da gestão direta, como: dificuldade na gestão de pessoas, com dependência de concurso público para a contratação e de ato administrativo para exoneração de servidor; e a obrigatoriedade de licitação para compras e contratos. Seu diferencial é um certo grau de autonomia de decisão. (MODESTO, 2010)

4.2.2. FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO

No início dos anos 2000, no âmbito da saúde, debatiam-se novas propostas de gestão, motivadas pela constatação de inadequação dos modelos autárquicos, centralizados e burocráticos. Um dos marcos desse debate ocorreu em 2004 com a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro, que intensificou a discussão sobre as Fundações Estatais no cenário nacional. A adoção pelos hospitais federais de fundações de apoio para flexibilizar e agilizar a sua gestão, gerava questionamentos quanto à legalidade desse arranjo por parte do Ministério Público e do Tribunal de Contas. As propostas de configuração do modelo Fundação Estatal prevaleceram nos debates do setor saúde nos anos 2005 e 2006. (ANDRADE, 2009)

Para a regulamentação da proposta de Fundação Estatal, em 2007 foi enviado pelo governo Federal o Projeto de Lei Complementar 92/07, que dispõe sobre a regulamentação do inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal. Neste, são tratados aspectos como a natureza jurídica e as áreas de atuação das fundações, além de redefinir o campo de atuação das fundações e atribuir um novo regime administrativo.

A Fundação Estatal é uma entidade pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, instituída pelo Poder Público, que possui flexibilidade, autonomia gerencial, orçamentária e financeira. São características de uma fundação estatal: possuir patrimônio e receitas próprias; ter sistema de governança estatal público e colegiado, onde o processo decisório se mantém dentro do espaço público; estar sujeita à supervisão de órgão ou entidade de direito público ao qual encontra-se legalmente vinculada, apesar de não se subordinar hierarquicamente a qualquer autoridade pública; ser fiscalizada pelos órgãos de controle interno e externo da Administração Pública; estar subordinada às regras públicas de licitação para compras e contratos; ser obrigada a contratar via concurso público, com regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Apesar dos acirrados debates e críticas, atualmente existem algumas Fundações Estatais, como: Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro¹; Fundação Estatal Saúde da Família (FesfSUS), na Bahia²; e a Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba³.

4.2.3. FUNDAÇÃO DE APOIO

Na década de 70, quando as universidades públicas brasileiras começavam a se desenvolver no campo da pesquisa, a necessidade de flexibilidade e agilidade dos processos administrativos, principalmente contratação de pesquisadores e compra de material importado, veio à tona, pois afirmava-se que a burocracia dos processos públicos atrasava os trabalhos dos pesquisadores.

Nas décadas de 80 e 90 houve aumento no número de fundações de apoio, e na área de atuação de cada uma delas. Isso chamou a atenção do governo, iniciando o debate sobre a finalidade e o funcionamento dessas entidades, bem como a necessidade de regulamentação. Em 1994, a promulgação da lei 8958 foi um marco inovador no direito público brasileiro, permitindo que entidades de direito privado gerenciassem projetos em instituições públicas federais de ensino e de pesquisa e tecnológicas.

As Fundações de Apoio são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, regidas pelo Código Civil Brasileiro. Elas visam a dar suporte a projetos de pesquisa, ensino e extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico de interesse das instituições apoiadas e, primordialmente, ao desenvolvimento da inovação e da pesquisa científica e tecnológica, criando condições mais propícias para que as instituições apoiadas estabeleçam relações com o ambiente externo. Entende-se por desenvolvimento institucional os programas, projetos, atividades e operações especiais, inclusive de natureza infraestrutural, material e laboratorial, que levem à

¹ <http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/>

² <http://www.fesfsus.ba.gov.br/>

³ <http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/>

melhoria e ao cumprimento eficiente e eficaz da missão dessas instituições. É vedada a contratação de objetos genéricos, desvinculados de projetos específicos.

Algumas Fundações de Apoio conhecidas, principalmente no setor saúde, são: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo⁴, criada com o principal objetivo de flexibilizar, agilizar e contribuir para a eficiência das atividades da USP, ela foi planejada para apoiar e dar suporte gerencial aos Institutos, Escolas, Núcleos de Apoio e Órgãos da Universidade; Fiotec⁵, criada em 1998, com objetivo de apoiar prioritariamente projetos da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) e, complementarmente, das demais unidades da Fiocruz; Fundação Faculdade de Medicina⁶, criada pela associação dos antigos alunos da Faculdade de Medicina da USP para atuar na promoção do ensino, pesquisa e assistência em saúde e apoiar as atividades da Faculdade e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS), criada em 1994 visando à cooperação nas áreas de ensino, pesquisa e extensão⁷; dentre outras.

No entanto, algumas críticas são feitas a essas fundações, como a de DI PIETRO (2011), que considera ser bastante duvidosa a legalidade da forma de atuação dessas entidades, pelo fato de utilizarem livremente do patrimônio público e de servidores sem observância do regime jurídico imposto à Administração Pública. Ela acrescenta que o serviço geralmente é prestado na própria sede da entidade pública, com equipamentos pertencentes ao patrimônio desta última. Adicionalmente, a autora chama a atenção para o fato de que quem arrecada toda a receita e a administra é a entidade de apoio, sob as regras das entidades privadas, sem a observância das exigências de licitação e sem a realização de concurso público no processo seletivo para a contratação de empregados.

⁴ <http://site.fusp.org.br/>

⁵ <http://www.fiotec.fiocruz.br/>

⁶ <http://extranet.ffm.br/>

⁷ <http://www.faurgs.ufrgs.br/>

4.2.4. FILANTROPIA

Para ser reconhecida como entidade filantrópica pelo Estado, uma instituição precisa obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). A Lei nº 12.101, de 27 de Novembro de 2009, define os parâmetros para essas instituições de direito privado e sem fins lucrativos:

- ofertar a prestação de seus serviços (internações e atendimentos ambulatoriais) ao SUS no percentual mínimo de 60%;
- na impossibilidade do cumprimento do percentual mínimo de 60%, em razão da falta de demanda, declarada pelo gestor local do SUS, ou não havendo contratação dos serviços de saúde da entidade, ela deverá comprovar a aplicação de um percentual da sua receita bruta em atendimento gratuito de saúde (20%, se o percentual de atendimento ao SUS for inferior a 30%; 10%, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a 30% e inferior a 50%; ou 5%, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a 50% ou se completar o quantitativo das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais).

Uma terceira possibilidade de obtenção de certificado de filantropia é a entidade de saúde ser reconhecida como “de excelência”. O Ministério da Saúde define os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada uma das áreas de atuação previstas. Com isso, essas instituições poderão, alternativamente, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS como: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; ou desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Essas entidades podem complementar as atividades relativas aos projetos de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS, mediante pacto com o gestor local. Vale ressaltar que o recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída.

Seis hospitais (cinco em São Paulo e um no Rio Grande do Sul) são reconhecidos como “de excelência”, conforme o art. 11 da Lei nº 12.101 e o Decreto nº 7.237 de 2010: Hospital Albert Einstein (SP), Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP), Hospital do Coração (SP), Hospital Moinhos de Vento (RS), Hospital Samaritano (SP) e Hospital Sírio-Libanês (SP). Nos últimos três anos eles deixaram de recolher quase R\$ 1 bilhão de encargos trabalhistas e desenvolveram 135 projetos de apoio ao SUS.

O setor hospitalar filantrópico no Brasil representa cerca de 37% (128.867) do total de leitos SUS (345.183) no país, constituindo-se em importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde, sendo responsável por 41% das internações do sistema (4.697.266) e por 56% das internações de alta complexidade por ele financiadas. São 2600 estabelecimentos no Brasil, sendo 400 no Estado de São Paulo. 57% dos municípios possuem apenas instituições filantrópicas de saúde. (CNES, 2013)

Essas instituições filantrópicas, na sua maioria, apresentam déficit financeiro. As principais dificuldades devem-se à baixa remuneração praticada pela tabela do SUS (fornecendo cobertura a não mais que 60% dos custos dos procedimentos) e à falta de investimento do poder público, principalmente dos estados.

Em 2014, a Portaria nº 535 do Ministério da Saúde instituiu o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde – PROSUS. A Lei concede moratória e anistia às dívidas tributárias e previdenciárias das Santas Casas e entidades filantrópicas na área da saúde. Outro reforço financeiro conquistado em janeiro de 2014 foi a elevação de 25% para 50% do incentivo pago aos atendimentos de média e alta complexidade – como exames e cirurgias mais complexas.

4.2.5. SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO (SSA)

Entidades com criação autorizada por lei, com personalidade de direito privado, sem fins lucrativos, para ministrar assistência ou ensino a certas categorias sociais ou profissionais, mantidas por contribuições parafiscais ou dotação orçamentárias. Os primeiros Serviços Sociais Autônomos dos setores corporativos e de aprendizagem, conhecidos como Sistema S, foram criados ainda na vigência da Constituição de 1946: Serviço Social da Indústria (DL 9.403/46), Serviço Social do Comércio (DL 9.853/46), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (DL 8.621/46) e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (DL 4.048/42). Com a Constituição de 1988 surgiram também: o Serviço Social do Transporte (SEST), o Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (SENAT), O Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR) e o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). À partir dos anos 90 foram surgindo novos SSA criados pela União: Serviço Social Autônomo Agência de Promoção de Exportação do Brasil, Serviço Social Autônomo Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial, e na área da saúde o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais.

Associação das Pioneiras Sociais (APS) é a Instituição gestora da Rede SARA H de Hospitais de Reabilitação. Criada pela Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991, tem como objetivos: prestar assistência médica qualificada e gratuita, formar e qualificar profissionais de saúde, desenvolver pesquisa científica e gerar tecnologia. A Rede SARA H é a uma das maiores do mundo em reabilitação, possuindo unidades em: Belém, Belo Horizonte, Brasília, Fortaleza, Macapá, Rio de Janeiro, Salvador e São Luís.

A APS administra a Rede SARA H por meio de um Contrato de Gestão, firmado com a União Federal, que explicita os objetivos, as metas e os prazos a serem cumpridos. O controle é feito pelo Tribunal de Contas da União, com ênfase na avaliação dos resultados finais dos investimentos. A qualidade dos serviços é aferida pelo Centro

Nacional de Controle de Qualidade, com padrões universais nas áreas ambulatorial e hospitalar.

4.2.6. SOCIEDADE DE ECONOMIA MISTA

A Sociedade de Economia Mista foi introduzida pelo Decreto 200/67. Pessoa jurídica de direito privado, em regra, é criada pelo Estado para prestar seus serviços no campo da atividade econômica privada. O sócio majoritário é a União Federal ou algum outro ente da Administração Pública, observado os termos e limites fixados pela legislação e pela Constituição Federal.

O maior exemplo nacional desse tipo de sociedade é o Banco do Brasil. Na área da saúde, o Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, é o único exemplo da modalidade, tendo a União como principal acionista.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além da UPA Moacyr Scliar, de 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Vinculado ao Ministério da Saúde, essa estrutura forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS.

4.2.7. ORGANIZAÇÃO SOCIAL – OS

As Organizações Sociais fazem parte da estratégia do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, do primeiro governo FHC, implantado pelo então Ministério da Administração Federal e Reforma do Aparelho do Estado (MARE), que promoveu a reforma jurídico-normativa do setor público. O anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais afirmam que “a garantia da eficiência e a qualidade dos serviços devem ser asseguradas pela descentralização da União para os

estados e destes para os municípios, através de parceria com a sociedade, por Contratos de Gestão”.

As OSs integram a estratégia de flexibilização da gestão pública e de “publicização”, entendida como a produção não-lucrativa pela sociedade, de bens ou serviços públicos não-exclusivos de Estado. Ou seja, cabem ao Estado a regulação e o fomento de serviços não-exclusivos, cuja operação é repassada a entidades qualificadas como Organizações Sociais. Para ABRUCIO e SANO (2008) as OSs tinham dois objetivos: garantir autonomia, flexibilidade e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços e incrementar o controle social. Foram usados como modelos para o desenvolvimento das Organizações Sociais o caso americano (universidades, hospitais, museus, entre outros) e o britânico (Quasi Non-Governmental Organizations – QUANGO) (MARTINS, 2002).

As OSs foram criadas, no âmbito federal, por meio da Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, posteriormente regulamentada na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. A partir daí, muitos estados, municípios e o Distrito Federal também implantaram versões locais do modelo: São Paulo, com a Lei complementar nº 846, de 4 de junho de 1998; Distrito Federal com a Lei nº 2.415, de 6 de Julho de 1999; Bahia, com a Lei nº 8.647, de 29 de julho de 2003; Sergipe, com a Lei nº 5.217, de 15 de Dezembro de 2003; Goiás, com a Lei nº 15.503, de 28 de Dezembro de 2005; entre outras. As leis estaduais possuem estrutura e conteúdo semelhantes à Lei Federal. Entretanto, em muitos casos, elas possuem conteúdo mais detalhado, uma vez que foram criadas a partir da Lei Federal, acrescentando algumas particularidades conforme o interesse e a realidade de cada unidade federativa.

Embora não representem figura jurídica inédita, pois se inserem na ordem legal vigente de pessoas jurídicas de direito privado, as Organizações Sociais constituem inovação institucional devido à sua qualificação mediante decreto (MODESTO, 2010). As entidades privadas sem fins lucrativos habilitadas como OS recebem recursos financeiros para administrar bens e equipamentos do Estado por meio da assinatura de

um contrato de gestão. A Lei Federal das OS determina a existência de um órgão de deliberação superior na forma de um Conselho de Administração, que deve possuir representantes do Poder Público e da sociedade civil. Entre outras características das OSs estão regime de trabalho CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, normas próprias para compras e contratos, publicação do balanço e demais prestações de contas e controle pelo Tribunal de Contas.

Quanto ao processo de qualificação das entidades como Organizações Sociais, elas devem atender alguns requisitos: natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação; finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades; previsão expressa da entidade ter um Conselho de Administração e uma diretoria definida nos termos do estatuto; previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade; obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do Contrato de Gestão, etc. Não basta a entidade atender todos os requisitos previstos em lei; sua qualificação é dada mediante ato discricionário, por meio da aprovação, quanto à conveniência e oportunidade do Poder Público. Apenas a lei de São Paulo exige que as entidades comprovem possuir serviços próprios na área de atuação há mais de 5 (cinco) anos para serem qualificadas.

Os títulos e qualificações – sejam de âmbito municipal, estadual ou federal – lhes conferem a possibilidade de obter imunidade de alguns tributos, que variam segundo a esfera. Na municipal, há algumas cidades que oferecem isenção em relação ao Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU); na estadual, é possível obter isenção do Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS); na federal, pode-se isentar a cota patronal do recolhimento do INSS.

O instrumento por meio do qual a Organização Social firma parceria com o Estado é o contrato de gestão. As atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e

da Organização Social são discriminadas no contrato. Também apontam as metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão dos critérios de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade. O modelo de remuneração geralmente definido em contrato é 90% vinculado à produção e 10% referente a questões de qualidade e desempenho.

Quanto à celebração de contratos de prestação de serviço com as OSs, algumas leis estaduais dispõem sobre a dispensa de processos licitatórios (Ceará, Mato Grosso, Maranhão e São Paulo). Apenas as leis do Distrito Federal e do Rio Grande do Norte prevêm a necessidade da realização desse tipo de processo. A lei da Bahia dispensa a licitação nos casos de exclusividade, verificada a impossibilidade de competição. A Lei Federal e as leis do Amapá, do Espírito Santo, de Goiás, do Pará, de Pernambuco, do Piauí, de Santa Catarina e de Sergipe não se manifestam sobre o processo de licitação.

Especificamente na área da saúde no Brasil, em 2014, muitos estados e municípios utilizam contratos com Organizações Sociais para a gestão de hospitais, ambulatórios de especialidades, laboratórios e unidades de pronto atendimento. Casos já consolidados, como os de São Paulo, Minas Gerais e Bahia, fazem da modalidade uma opção com resultados conhecidos e em contínua expansão, porém, sem evidência de que todos esses resultados sejam positivos.

É importante registrar a existência desde 1999 de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) no Supremo Tribunal Federal (STF), ajuizada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), questionando a Lei 9.637/98, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização. Os requerentes alegam que a Lei 9637/98 promove “profundas modificações no ordenamento institucional da administração pública brasileira” e “que a criação das chamadas organizações sociais e seu processo de qualificação conforme estabelecidos na lei desrespeitam a Constituição Federal”. Em 31 de março de 2011 o ministro Ayres Britto, relator do caso,

votou pela parcial procedência do pedido; em seguida, pediu vista dos autos o ministro Luiz Fux para examinar melhor a matéria. Até março de 2014 ainda se aguarda o julgamento da ação, que caminha a passos lentos, permanecendo a insegurança jurídica.

Outra questão que precisa ser considerada na análise dessa modalidade de gestão é o fato desses projetos não incluírem investimento do parceiro privado em infraestrutura e equipamentos. Essa avaliação é importante, pois a capacidade de investimento das esferas governamentais é, na maioria dos casos, limitada.

4.2.8. ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO – OSCIP

A criação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) visava fortalecer o Terceiro Setor e criar um novo sistema classificatório para reconhecer institucionalmente as ONGs que mantinham atividades ou projetos de interesse público e, assim, ampliar o universo de parcerias do Estado. Elas foram concedidas pelo Ministério da Justiça por meio da Lei 9.790 de 23/03/1999.

A Lei estabeleceu que "podem qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos" da lei. O instrumento que firma a parceria entre o Poder Público e as entidades qualificadas como OSCIPs é o Termo de Parceria. É um instrumento jurídico que permite a negociação de objetivos e metas e também o monitoramento e avaliação dos resultados. Ele implica em: controle no alcance de resultados; punições para o caso de uso indevido de recursos; Comissão de Avaliação, composta por representante do órgão estatal, pela Sociedade Civil e pela OSCIP; contratação de auditoria independente para alguns projetos.

A prestação de contas de recursos estatais repassados é realizada diretamente ao órgão parceiro, por meio de: relatório da execução do objeto da contratação; demonstrativo da receita e da despesa realizadas; e extrato da execução física e financeira publicado. Desde 2007, todas as OSCIPs precisam realizar, anualmente, a prestação de contas eletrônica, por meio do Cadastro Nacional de Entidades de Utilidade Pública do Ministério da Justiça (CNEs/MJ). Caso não seja feita essa prestação, elas podem perder a Certidão de Regularidade.

Os atos praticados pelas OSCIPs são de direito privado. Desta forma, podem: contratar pessoal sem concurso público seguindo as normas do mercado de trabalho e adotando a CLT e aplicar normas próprias para compras e contratos, não estando sujeitas à Lei de Licitações 8.666/93. Para isso, a OSCIP que firmar parceria com o Poder Público fica obrigada, nos termos da Lei nº 9.790/99, a publicar regulamento próprio com os procedimentos para a contratação de obras e serviços e compras com utilização de recursos provenientes do Poder Público.

4.2.9. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH

A EBSEH é uma empresa pública criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com Estatuto Social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Ela tem como missão garantir as condições necessárias para que os hospitais universitários federais prestem assistência de excelência no atendimento às necessidades de saúde da população, de acordo com as orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) e ofereçam as condições adequadas para a geração de conhecimento de qualidade e formação dos profissionais dos diversos cursos das universidades às quais pertencem.

Atualmente, existem no Brasil 46 hospitais vinculados a 32 universidades federais. No entanto, a decisão pela adesão das instituições federais de ensino ou instituições congêneres à EBSEH cabe a cada universidade.

O contrato entre a EBSEH e cada instituição é feita a partir da assinatura de Termo de Adesão e Contrato, que contém as obrigações, as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução e a sistemática para o acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas. Em maio de 2014 haviam 23 hospitais/maternidades de 19 universidades contratados. A maior adesão é das universidades do Nordeste. Chama atenção o fato de não haver ainda acordo com as Universidades Federais de São Paulo e Rio de Janeiro.

Tabela 3. Hospitais/maternidades administrados pela EBSEH

Universidade Federal do Amazonas	Hospital Universitário Getúlio Vargas
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	HU Maria Aparecida Pedrossian
Universidade Federal de Mato Grosso	Hospital Universitário Júlio Müller
Universidade de Brasília	Hospital Universitário
Universidade Federal da Grande Dourados	Hospital Universitário
Universidade Federal do Piauí	Hospital Universitário
Universidade Federal de Alagoas	HU Prof. Alberto Antunes
Universidade Federal da Bahia	HU Prof. Edgard Santos
	Maternidade Climério de Oliveira
Universidade Federal do Ceará	HU Walter Cantídio
	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
Universidade Federal do Maranhão	Hospital Universitário
Universidade Federal da Paraíba	HU Lauro Wanderley
Universidade Federal de Pernambuco	Hospital das Clínicas
Universidade Federal do Vale do São Francisco	Hospital de Ensino Dr. Washinton Antônio de Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	HU Ana Bezerra
	HU Onofre Lopes
	Maternidade Escola Januário Cicco
Universidade Federal de Sergipe	Hospital Universitário
Universidade Federal de Santa Maria	Hospital Universitário
Universidade Federal do Espírito Santo	HU Cassiano Antonio de Moraes
Universidade Federal de Minas Gerais	Hospital das Clínicas
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Hospital de Clínicas

Fonte: Elaboração própria

Existe uma Ação Direta de Inconstitucionalidade no Superior Tribunal Federal (ADIN 4895) com pedido de medida cautelar, proposta pelo Procurador-Geral da República, contra a Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que autorizou o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Três dos Ministros da Casa, ao analisar os diversos argumentos colacionados aos autos, não vislumbraram situação de urgência que justificasse o deferimento da medida cautelar. Até junho de 2014 a ADIN não foi julgada.

4.2.10. CONCESSÃO – PPP

No Brasil, o termo Parceria Público-Privada pode ser usado para duas formas simultâneas de relação entre os setores público e privado, dificultando a compreensão do tema. Segundo SUNDFELD (2005), num sentido amplo, as PPPs são os múltiplos vínculos negociais de trato continuado estabelecidos entre a Administração Pública e instituições privadas para viabilizar o desenvolvimento, sob a responsabilidade destes, de atividades com algum interesse geral. No sentido mais restrito, a criação da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, instituiu normas gerais para viabilizar licitação e contratação de PPP no âmbito da administração pública, que antes não podiam ser feitas por insuficiência normativa ou por proibição legal, sendo o parceiro privado com finalidade lucrativa (SUNDFELD, 2005). Na presente tese, será usado o termo PPP neste segundo sentido, restrito.

A PPP é um modelo institucional na provisão de serviços públicos com flexibilidade e foco no resultado, onde o Estado deve se concentrar nas atividades de planejamento, regulação e monitoramento de desempenho, a fim de proteger o interesse público. O valor é criado, em benefício da sociedade, pela combinação dos pontos fortes dos dois setores – público e privado. KOPPENJAN (2005) define a PPP como uma aliança onde os atores, público e privado, desenvolvem serviços e produtos com divisão de risco, custo e benefícios (EDELLENBOS E KLIJN, 2009).

São duas as principais suposições para o uso de PPPs como instrumento de implantação de políticas públicas em países da OCDE (OCDE,2010): disponibilizam mais investimento em serviços públicos do que seria possível sem sua utilização – argumento fiscal; produzem um melhor investimento, gerando melhores serviços, mais eficientes e mais baratos – argumento da eficiência. Essas suposições refletem-se tanto na posição de governos que defendem a implantação do modelo quanto na literatura acadêmica.

A modalidade de concessão (PPP) começa a ganhar espaço no setor saúde, desempenhando um importante papel na alavancagem de investimento na execução de projetos de interesse público e melhorando a prestação dos serviços à sociedade.

4.2.11. AS DIFERENTES MODALIDADES

É importante atentar para o fato de que não existe uma modalidade institucional melhor ou pior que a outra, mas sim uma que se enquadra melhor ou pior em cada situação. A tabela a seguir sintetiza as principais características das diferentes modalidades de gestão presentes no setor saúde no Brasil em junho de 2014.

Tabela 4. Características das Diversas Modalidades de Gestão do Setor Saúde

Características	Autarquia	Fundação Estatal de Direito Privado	Fundação de Apoio	Filantrópico	SSA - Associação das Pioneiras Sociais	Sociedade de Economia Mista	OS	OSCIP	EBSERH	PPP
Base legal	Decreto-lei 200/67		Lei Federal 8.958/94	Leis Federais 12.101/09 e 13.019/14	Lei Federal 8.246/91	Decreto-lei 200/67	Lei Federal 9.637/98	Lei Federal 9.790/99	Lei Federal 12.550/11	Lei Federal 11.079/04
Regime jurídico de direito	Público; é ente estatal criado por lei	Privado; é ente estatal criado por lei	Privado; é ente privado criado na forma da legislação civil	Privado; é ente privado criado na forma da legislação civil	Privado; mas foi criado por lei	Privado; sua criação é autorizada por lei	Privado; é ente privado criado na forma da legislação civil	Privado é ente privado criado na forma da legislação civil	Privado; sendo empresa pública sua criação foi autorizada por lei	Privado; é ente privado criado na forma da legislação civil
Respeito à lei de licitações (Lei nº 8.666/93) para compras e contratos	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não
Recursos Humanos	Concurso público para a contratação e ato administrativo para exoneração de servidor	CLT com concurso público para a contratação e ato administrativo para exoneração de servidor	CLT	CLT	CLT	CLT com concurso público para a contratação e ato administrativo para exoneração de servidor	CLT	CLT	CLT com concurso público para a contratação e ato administrativo para exoneração de servidor	CLT

Características	Autarquia	Fundação Estatal de Direito Privado	Fundação de Apoio	Filantrópico	SSA - Associação das Pioneiras Sociais	Sociedade de Economia Mista	OS	OSCIP	EBSERH	PPP
Isenção de tributos	Sim (aplicação da imunidade recíproca)	Por prestar serviço público, a tendência é de aplicação da imunidade recíproca	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Por prestar serviço público, a tendência é de aplicação da imunidade tributária	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Sim, por ser entidade sem fins lucrativos	Por prestar serviço público, a tendência é de aplicação da imunidade tributária	Não
Finalidade lucrativa	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
Investimento	Público	Público	Público e Privado	Público e Privado	Público	Público e Privado (se houver acionista privado relevante)	Público	Público	Público	Privado e Público (se houver aporte de recursos)

Fonte: Elaborada pela autora

4.3. PPP

4.3.1. HISTÓRICO, CONCEITUAÇÃO, PRINCÍPIOS E LIMITAÇÕES

É reconhecido o pioneirismo da Inglaterra na implementação de reformas buscando redução e transformação do papel do Estado (privatização e regulação) e a flexibilização da sua gestão – *New Public Management* (PECI; SOBRAL, 2006). Nesse contexto, a Parceria Público-Privada (PPP) surgiu na era Thatcher, em 1992, inserida no âmbito do programa de governo britânico que visava encorajar a realização de obras e a gestão de serviços públicos mediante o apoio do setor privado. Os objetivos eram aumentar a participação do capital privado na prestação de serviços públicos; reduzir o intervencionismo estatal no campo econômico; e quebrar monopólios de certas atividades econômicas (DI PIETRO, 2006).

Os principais fatores apresentados como justificativa para a adoção das PPPs na Inglaterra foram: expectativa de melhoria nos serviços públicos; crença de que as empresas privadas podem ser mais eficientes e melhor geridas do que as públicas; expectativa de melhoria da eficiência no uso dos recursos públicos; transferência e compartilhamento de riscos; possibilidade de aumento de investimentos públicos, por meio de participação de recursos privados; melhor governança e monitoramento dos serviços (HM TREASURY, 2003). Nesse país o conceito de PPP é bastante amplo, abrangendo diversas formas de articulação entre o setor público e o setor privado como as privatizações – processo de venda de uma empresa ou instituição do setor público para o privado; as terceirizações (*outsourcing*) – transferência para um terceiro mais especializado em etapas do processo produtivo; as *joint ventures* – associação de empresas para explorar determinado negócio sem perder a personalidade jurídica; as *concessions* – transferência de um serviço, por meio de contrato, do Estado para uma empresa particular para que esta o exerça em seu próprio nome e por sua conta e risco e uma gama variada de modalidades contratuais (SUNDFELD, 2005).

Nos últimos anos, as PPPs apresentaram crescimento em países da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e em outros como os BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul. Vários países do mundo constituíram órgãos governamentais dedicados à tarefa de fomentar e promover este tipo de iniciativa dentro do governo (OCDE, 2010). Algumas PPPs são usadas para atender as necessidades de infraestrutura que não podem ser custeadas integralmente pelo Estado. Um projeto com financiamento público tende a ser desenvolvido em um período mais longo que outro com financiamento privado, com questões técnicas e gerenciais semelhantes (POSCHMANN, 2003).

No entanto, existe uma controvérsia a respeito dos efetivos ganhos de eficiência gerados pelas PPPs, principalmente: a diferenças entre os custos público e privado do capital e a efetividade de transferência de riscos na implementação de políticas públicas. Um dos argumentos contra a geração de ganhos de eficiência nas PPPs é que os custos privados do capital são maiores do que os públicos – os empréstimos ao poder público são mais baratos que aqueles ao privado (IPPR, 2001; BROADBENT AND LAUGHLIN, 2005; GROUTE 2003; HEALD, 2003). Porém, isso não é um fator decisivo na avaliação de ganhos de eficiência incorporados à prestação de serviços públicos via PPPs porque essa concessão transfere riscos para o setor privado, que é mais capaz de administrá-los e mitigá-los do que o setor público.

No Brasil, mesmo antes da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, alguns estados – Minas Gerais (Lei 14.686/2003), São Paulo (Lei 11.688/2004), Ceará (Lei 13.557/2004), Bahia (Lei 9.290/2004), Goiás (Lei 14.910/2004) e Santa Catarina (Lei 12.930//2004), já possuíam suas leis estaduais de PPP. Atualmente, as leis estaduais permanecem válidas nos itens coincidentes com a Lei Federal.

Anteriormente à Lei da PPP de 2004, duas outras leis, menos flexíveis em alguns pontos, como compras e contratações de serviços, guiavam a administração pública: a Lei de Licitações (no 8.666, de 21 de junho de 1993) e a Lei de Concessão e Permissão (no 8.987, de 13 de fevereiro de 1995). Pela Lei de Licitações, além dos

contratos serem limitados a cinco anos, o setor privado é proibido de cobrar tarifas dos usuários. Pela Lei de Concessão e Permissão, teoricamente, o setor privado não pode ser remunerado pelo setor público. Além disso, a Lei da PPP se harmonizou com a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar Federal nº101/00) (PORTUGAL; PRADO, 2007).

Para SUNDFELD (2014), o que há de semelhante entre essas novas concessões PPP (patrocinada e administrativa) e as antigas concessões (comuns) de serviços públicos é que, em todas elas, o concessionário faz investimentos iniciais para implantar um serviço ou infraestrutura, os quais serão amortizados a seguir, no curso de um prazo longo, sendo a remuneração uma contrapartida pelas utilidades que os serviços ou infraestrutura propiciam. O regime jurídico tenta dar segurança ao investidor por um período dilatado. Caso contrário, não haveria interesse do setor privado.

Na Lei 8.978/95 (concessão comum), os riscos gerados pela gestão do empreendimento e alcance dos resultados operacionais e financeiros são de total responsabilidade do concessionário. Por outro lado, na PPP a responsabilidade e o grau de participação do setor público são maiores. Os riscos são compartilhados entre o ente público e o privado.

Conforme a Lei Federal 11.079/2004, existem dois modelos de concessão: a patrocinada e a administrativa. A concessão patrocinada é o contrato de prestação de serviços ou de obras públicas em que há, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação pecuniária do parceiro público ao privado. Como exemplo pode ser citada a construção e/ou manutenção de rodovias ou do metrô. A concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços em que a Administração Pública é a usuária, direta ou indireta, e a responsável pela contraprestação pecuniária ao parceiro privado. Não é cobrada qualquer tarifa dos usuários. São exemplos desse modelo: educação – na construção, reforma e gestão de escolas; e saúde – na construção, reforma e gestão de hospitais, clínicas e serviços especializados.

O estudo sobre a conveniência e oportunidade da utilização da modalidade de PPP envolve desde as análises preliminares das necessidades, passando pela comparação com alternativas à sua realização, até a justificativa da opção por ela como a preferencial. De acordo com Portugal e Prado, para a implementação de um projeto de PPP, são necessários: estudos técnicos – mensuração e projeção da demanda, projeto operacional, indicadores de desempenho e programa de investimento; estudos de viabilidade econômico-financeira – modelo econômico-financeiro, modelo de negócio, estrutura de financiamento e análise de risco; e estudos jurídicos – modelagem jurídica, edital e contrato (PORTUGAL; PRADO, 2007).

Uma condição que contribui para a complexidade de um projeto de PPP é a necessidade de conciliar a defesa do interesse público com os objetivos de lucro do setor privado. Isso é de fato um grande desafio. REDOSCHI (2014), destaca que para salvaguardar o interesse público é necessária a adoção de medidas como: proteção social e ao meio ambiente, responsabilidade fiscal, concorrência, publicidade e transparência. Por outro lado, é preciso assegurar ao parceiro privado condições de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro e retorno dos investimentos realizados.

Por se tratar de um projeto amplo e complexo, a estruturação de um projeto de PPP consiste em uma tarefa de natureza multidisciplinar, altamente complicada e especializada. É preciso também respeitar as normas e procedimentos diferentes empregados na gestão do setor público e das empresas privadas, além de o Estado precisar estar preparado para negociar com empresas privadas que, na maioria dos casos, são dotadas de maiores recursos e experiência internacional. Na avaliação de ENGLER (2014), é essencial que todo trabalho de modelagem de projetos não ignore a perspectivas evolutiva, seja pela incorporação de experiências passadas bem-sucedidas, seja pela busca constante de soluções inovadoras consideradas mais adequadas.

Dentre as características e procedimentos da PPP (Lei Federal 11.079/2004), destacam-se os pontos a seguir:

- O Processo de Licitação, segue a concorrência própria da PPP, podendo haver pregão com inversão de fases.
- A Consulta Pública, que consiste na submissão de minuta de edital de licitação e de contrato para que qualquer pessoa apresente sugestões, no prazo mínimo de 30 dias.
- Os critérios de julgamento de propostas, que se baseiam na análise de critérios técnicos (qualificação das empresas) e propostas econômicas. Os critérios técnicos devem garantir a maior objetividade possível, com base em exigências definidas no edital.
- O Contrato, que deve especificar metas de desempenho definidas pelo parceiro público ao parceiro privado, uma vez que os projetos de PPP têm como princípio a gestão por resultados. É comum vincular o pagamento da contrapartida pública à consecução desses padrões de qualidade (PORTUGAL; PRADO 2007).
- O valor máximo da proposta econômica, definido de forma a não ser superior à média de custo da pesquisa realizada em serviços da administração pública e do setor privado e, ao mesmo tempo, a garantir o equilíbrio econômico-financeiro do projeto. As renegociações devem ocorrer em função de contingências previstas em contratos ou por eventos inesperados.
- O princípio da alocação de riscos é respeitado, com a distribuição conforme a capacidade para gerenciá-los. São muitos os riscos presentes num contrato de PPP e é preciso saber como a transferência de risco pode agregar valor para o projeto. Só não pode transferir o risco para o contribuinte.

Segundo o artigo 2º, § 4º da Lei 11.079/2004, é vedada a celebração de contrato de PPP quando: o objeto de contrato for único para a execução de uma obra pública, ou o fornecimento de mão-de-obra, ou a compra e instalações de equipamentos de forma isolada; o valor for inferior a R\$ 20 milhões; ou o prazo for menor que cinco anos e maior que trinta e cinco. O financiamento privado é atraente para o governo, uma vez que evita os investimentos públicos iniciais. No entanto, as obrigações financeiras de longo prazo podem restringir as decisões orçamentárias e a flexibilidade

governamental. Alguns requisitos e condicionantes são importantes para proporcionar maior segurança à Administração Pública. É necessário verificar a disponibilidade (orçamentários ou de outra natureza) para possibilitar o projeto. A lei brasileira de PPP, na opinião de SUNDFELD (2014), tem regras fortes o suficiente para limitar e controlar o endividamento do Estado, em nome da responsabilidade fiscal.

A Lei 11.079/2004 estabeleceu um limite agregado de 1% da receita corrente líquida (RCL), do ente federativo, para as despesas anuais decorrentes desses contratos. Posteriormente, o art. 10 da Lei nº12.024/09 alterou esse limite para 3% da RCL. Por último, a Lei nº 12.766/2012 ampliou a limitação imposta por dois dispositivos: 5% da RCL observada do exercício anterior que regula a relação entre a receita presente e as despesas com a contratação da PPP; ou 5% da RCL estimada para os dez exercícios subsequentes. Isso, regula a relação entre as despesas futuras do ente federado, decorrentes dos contratos de PPP celebrados ou em vias de o serem, com as projeções da RCL no horizonte de dez anos (BELSITO E VIANA, 2013). Vale ressaltar que a concessão de garantias e transferências voluntárias do Governo Federal para os governos estaduais ou municipais é condicionada à demonstração do cumprimento desse limite.

Outros fatores relacionados ao endividamento são as revisões contratuais e os mecanismos de reequilíbrio econômico-financeiro. Segundo Sundfeld, os programas de PPP apresentam alguns riscos, como contratações de longo prazo mal planejadas e mal estruturadas e desvios da sua utilização (SUNDFELD, 2005 e 2014). Por isso, é preciso muita prudência na decisão de contratar.

Em agosto de 2012 foi editada a medida provisória 575, com o objetivo de flexibilizar e incentivar o uso das PPPs como instrumento de financiamento e operação de projetos, com enfoque de natureza pública. Os pontos principais dessa MP são:

- Possibilidade de haver aporte de recursos financeiros públicos durante a fase de construção;

- Maior garantia ao parceiro privado no recebimento das faturas emitidas por meio de acionamento do Fundo Garantidor das Parcerias (FGP);
- Definição de limites temporais para o parceiro público aceitar ou rejeitar as faturas emitidas pelo concessionário;
- Responsabilização civil, administrativa e penal do agente público que contribuir para a ausência de aceite ou rejeição da fatura após o período prestabelecido de 40 dias;
- Elevação do teto da receita corrente líquida de 3% para 5% que estados, municípios e Distrito Federal podem incorrer anualmente em despesas de caráter continuado referentes às parcerias;
- Diferença de pagamento do PIS (Programa de Integração Social), Cofins (Contribuição para Financiamento da Seguridade Social) e da CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido).

Na avaliação de SUNDFELD (2014), a aplicação da Lei de PPP vem evoluindo positivamente, ano a ano, apesar de muitas críticas e desconfianças, inclusive no meio jurídico, quando da edição da lei. Todavia, conforme SUNDFELD (2014), esses anos de aplicação da lei vêm mostrando que se trata de um instrumento importante e consistente, que pode ajudar a administração pública a se capacitar para atender às inúmeras obrigações. Para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Brasil tem um dos melhores marcos regulatórios de PPPs no mundo (VELLUTINI, 2014).

Na PPP o setor privado participa, sob a forma de consórcio, como Sociedade de Propósito Específico (SPE). Geralmente, envolve uma empresa da área de construção civil, uma empresa operadora de serviços e outras empresas com qualificações específicas para atender ao contrato (PORTUGAL; PRADO 2007).

Por representar uma combinação explícita de recursos públicos e privados para a promoção de projetos de interesse público que possam interessar também ao investidor privado, vale a afirmação de que as transações entre os dois agentes econômicos ocorrem quando ambos percebem a possibilidade de satisfazer seus

interesses. Este acordo é estruturado por meio de compartilhamentos de riscos, de tal maneira que objetivos governamentais se alinhem com a busca por lucratividade da empresa privada (INSTITUTE OF PUBLIC POLICY RESEARCH – IPPR, 2001). Para CINTRA (2014) um grande desafio no Brasil é a criação de um ambiente que estimule e facilite a celebração de parcerias entre os agentes público e privado.

No entanto, a experiência prática demonstra que a ausência de um mecanismo institucional adequado de administração e supervisão da parceria resultará em custos de transação elevados (*transaction costs*), causando impactos negativos para a PPP e contaminando o orçamento público (REDOSCHI, 2014). Pelo conceito de *transaction costs*, para uma análise coerente dos benefícios de uma parceria, é preciso verificar os pontos positivos (ganho de escala, qualidade, entre outros) e os custos adicionais de estabelecer e monitorar a relação comercial. Os custos adicionais são decorrentes de: negociações, elaboração de contrato, contratação, monitoramento de desempenho, aplicação de penalidades, etc. (BESANKO, 2009)

Na teoria, pode-se imaginar a possibilidade de elaboração de um contrato completo. Entretanto, na prática (mundo real), isso não é possível. Para BESANKO (2009), os três fatores que evitam um contrato completo, são:

- Racionalidade limitada – as partes não conseguem contemplar ou enumerar todos as possibilidades que podem surgir durante o negócio.
- Dificuldade de especificação ou avaliação de desempenho – quando os parâmetros de desempenho definidos em contrato são complexos e minuciosos , não é possível apontar todos os direitos e responsabilidades das partes.
- Assimetria de informações – um contrato pode ser considerado incompleto se as partes não possuem acesso igual a todas as informações relevantes.

Para MONTEIRO (2014), a estratégia de fiscalização do Tribunal de Contas da União (TCU) passou a privilegiar a verificação dos resultados das políticas públicas, em vez de focar unicamente nos procedimentos realizados para sua implantação. Ele acrescenta ainda, que a regulação tem que ser suficientemente flexível para deixar

abertas possibilidades de novos arranjos contratuais e soluções inovadoras que atendam às expectativas dos usuários. No entanto, muitos gestores públicos e privados ainda reclamam da forma de fiscalização do TCU com foco em procedimentos, excessivamente rígida e formalista. O TCU realiza uma regulação de segunda ordem ou regulação do regulador. Ele não atua diretamente sobre as concessionárias privadas, mas sim sobre as agências reguladoras e entes públicos estruturadores e financiadores dos projetos. (MONTEIRO, 2014).

Embora as PPPs tenham potencial para assumir um papel importante no financiamento público, elas enfrentam diversas dificuldades para se consolidar no Brasil. Para CINTRA (2014), alguns aspectos que se apresentam como entraves a sua expansão e consolidação precisam ser superados, como a necessidade de flexibilizar a legislação brasileira, admitindo inovações e responsabilizando qualquer abuso ou mau uso; e a instabilidade inflacionária, que aumenta o potencial do risco por conta da indexação que ainda ocorre na economia brasileira.

Diferente de outros países onde o governo é um agente mais forte, transmitindo maior segurança ao setor privado, CINTRA (2014) analisa que a fragilidade financeira do setor público brasileiro interfere no desenvolvimento de parcerias como as PPPs. Para ele, a insegurança em relação ao Estado faz com que o setor privado exija garantias adicionais, tornando necessária a criação de estruturas que possam oferecer garantias de alto custo e grande complexidade financeira. Existe uma falta de confiança mútua entre os setores público e privado, onde ambos suspeitam que o outro age de forma desleal, criando inúmeros e complexos instrumentos de defesa de parte a parte, além de ser um entrave para a consolidação das PPPs no Brasil.

O setor privado possui vícios, como o corporativismo, a cartelização e a concentração econômica, que reduzem o nível de competitividade. Para CINTRA (2014), essa concentração não se deve apenas ao número mais reduzido de agentes capazes de participar de contratos de PPPs, mas também à própria legislação. Isso enfraquece a concorrência, resultando em preços mais elevados.

No início, as PPPs se concentravam primordialmente em torno da implementação de projetos que buscavam a ampliação, melhoria e modernização do transporte (rodoviário e urbano). Recentemente, as áreas de atuação têm se ampliado a outros tipos de serviços públicos, considerados essenciais devido ao seu caráter social, como saúde e segurança pública. (REDOSCHI, 2014)

No final de 2012, conforme levantamento realizado pelo Observatório das Parcerias Público-Privadas⁸, o Brasil possuía 20 projetos de PPPs estaduais celebrados, sendo que 24 chegaram à fase de consulta pública, com expectativa de que mais dezenas de projetos venham a ser licitados até final de 2014. Sete estados (Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, São Paulo, Distrito Federal, Rio Grande do Norte e Ceará) utilizam essa modalidade de gestão em diversas áreas: estádios de futebol, saneamento básico, rodovias, complexos prisionais, centros administrativos, sistemas metroviários, habitação e saúde. No âmbito municipal, em 2012, eram aproximadamente 30 contratos celebrados, sendo a maioria desses no setor de saneamento básico. Os municípios com maior volume de projetos em PPP são: Belo Horizonte (escolas, hospitais, fibra óptica) e Rio de Janeiro (Porto Maravilha, Parque Olímpico e VLT – Veículos Leves sobre Trilhos). No âmbito federal existe apenas um contrato celebrado, referente ao serviço de gerenciamento, manutenção e operação de infraestrutura (*datacenter*) para Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil; e outros projetos em fase de elaboração: irrigação, parques nacionais e forças armadas.

Para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), as PPPs são uma alternativa para o Brasil, visto que os recursos públicos não são suficientes para atender a demanda por serviços nas áreas de educação, saúde, telecomunicações, energia elétrica, água, etc. VELLUTINI (2014) analisa que a provisão privada tende a ser mais eficiente que a pública em aspectos como: custo, manutenção em longo prazo e financiamento.

⁸ <http://www.pppbrasil.com.br>

4.3.2. PPP NA SAÚDE NO MUNDO

Para a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, estudos demonstram que muito já se evoluiu na gestão pública. No entanto, ainda há muito para se aperfeiçoar (OECD, 2004a, 2004b). O modelo de PPP está se expandindo na área da saúde em todo o mundo, particularmente na Inglaterra, França, Portugal, Espanha e, mais recentemente, Estados Unidos e Austrália. Existem dois modelos básicos de PPP no setor saúde. O primeiro, conhecido como “bata branca”, prevê a entrada dos parceiros privados na construção/reforma e gestão dos serviços clínicos e não clínicos. A Austrália é um exemplo de país que apostou nesse formato. No segundo e mais comum, chamado de “bata cinza”, os parceiros privados não são responsáveis pelos serviços clínicos.

Na Inglaterra, segundo dados do Departamento de Saúde (National Healthcare Service – NHS), cerca de 16% dos projetos de PPP são da saúde. Os projetos do setor envolvem principalmente construção ou reforma de hospitais e serviços não assistenciais. Para o diretor de projetos do Reino Unido, considerando a base de dados empíricos da região, que apresenta um dos mais longos programas de PPP em andamento, existe atualmente evidência de que sua contratação bem conduzida assegura que projetos sejam implantados dentro do cronograma e do orçamento previamente estipulados, bem como que sejam capazes de prover, por prazos longos, serviços públicos num padrão de elevada qualidade (PORTUGAL; PRADO 2007). O próprio governo em uma série de documentos oficiais busca assegurar a flexibilidade do processo decisório, de forma a neutralizar os incentivos, e garantir que PPPs somente ocorram se e quando gerarem ganhos de eficiência (HM TREASURY, 2004) e este esforço tem sido reproduzido em diversos outros países.

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 185 de 20 de Agosto de 2002, define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. Segundo MONTEIRO (2005), atrasos, adiamentos e postergações de obras, excessivo impacto orçamentário, gastos imprevistos, procedimentos excessivamente burocráticos, compartilhamentos

insuficientes e imprecisos de riscos, dentre outros, foram exemplos de problemas do programa de PPP, no período de 2002 a 2008. Depois de seis anos, somente a partir da intervenção da Suprema Corte Portuguesa, em 2008, foi possível reverter os atrasos nos processos de contratação e seleção de parceiros. (MEDICI, 2011). Além da inclusão da construção e manutenção predial e dos serviços administrativos, o programa de Portugal incluiu os serviços clínicos. Atualmente, existem os dois modelos – com e sem gestão clínica. Segundo alguns estudiosos da área, não foi possível concluir qual deles representa a melhor forma de contratação (MELO; CAMPOS 2009).

Comparado com o que se verifica na Inglaterra, o processo de implementação de uma PPP na Espanha é relativamente curto (ALLARD; CHENG 2009). A partir de 2006, coexistem dois modelos de PPPs em saúde: concessão de obras, onde o poder público é proprietário dos ativos e gerencia os serviços de saúde diretamente, cabendo à iniciativa privada a gestão dos serviços de manutenção e apoio administrativo; e concessão de serviços públicos, onde os ativos são de propriedade pública e os serviços clínicos fazem parte da contratualização, sendo o parceiro privado remunerado *per capita* de população adscrita. Entre os principais exemplos do modelo estão as regiões administrativas de Valência e de Madri. O Programa de Saúde de Madri representou o maior investimento em PPP na saúde da Espanha no período de 2003 a 2007, com a construção de oito novos hospitais e a reestruturação de alguns já existentes, integrados por um sistema de registro eletrônico, uma central diagnóstica e uma base laboratorial comuns, além da gestão dos serviços clínicos e não clínicos, por um período de concessão de 30 anos. Em 2011, este programa era responsável pela cobertura de 6 milhões de usuários em 32 hospitais, 420 unidades de cuidados primários, 33 centros ambulatoriais e um sistema de atendimento às urgências e emergências (MINGO, 2012).

4.3.3. PPP NA SAÚDE NO BRASIL – UMA EXPERIÊNCIA EM ANDAMENTO

Pode-se dizer que o fator principal apontado para a utilização da modalidade de PPP na saúde no Brasil é a possibilidade de modernização da estrutura (hospitalar,

ambulatorial ou farmacêutica) num tempo mais curto e de forma mais eficiente, com aporte financeiro privado. Entretanto, a primeira PPP da saúde no Brasil, Hospital do Subúrbio de Salvador, teve como escopo de projeto a gestão clínica e não clínica, e não fez parte dele a construção do hospital. Esse modelo não é o que está sendo utilizado em outros projetos do setor saúde brasileiro.

A modalidade da PPP é apontada como uma parceria entre o setor público e o privado, com a finalidade de busca por eficiência e ênfase nos resultados. No entanto, o principal diferencial dessa modalidade, quando comparada com as demais usadas na área da saúde no Brasil, é a possibilidade de aporte financeiro de natureza privada. Com isso, os gestores públicos viabilizariam reformas, construções, investimento em equipamentos e TIC (tecnologia de informação e comunicação).

Na saúde, as PPPs são aplicáveis em várias situações, como reforma e/ou construção de instalações de saúde, provisão de serviços não clínicos (lavanderia, higiene, nutrição, hotelaria), prestação de serviços de atenção primária, provisão de serviços de apoio diagnóstico, provisão de serviços clínicos especializados e gestão hospitalar.

A Bahia foi o estado com o primeiro projeto de PPP na saúde e, até junho de 2014, único em funcionamento no Brasil – o Hospital do Subúrbio. O projeto do então governador, do Partido dos Trabalhadores (PT), Jaques Wagner, consistia na gestão clínica e não clínica, além do investimento em equipamentos e reformas do hospital.

O segundo projeto de PPP do Estado da Bahia na área da saúde, localizado em Salvador, é o Instituto Couto Maia (ICOM) – única unidade de referência estadual em doenças infecciosas. O ICOM está em fase de obras, com previsão de inauguração para o segundo semestre de 2014. O escopo da parceria inclui o investimento em construção, mobiliário e equipamentos, além dos serviços não clínicos. Um terceiro projeto – o Centro de Diagnóstico por Imagem – tem como objeto a concessão administrativa para a gestão e a operação de serviços de apoio ao diagnóstico por imagem em 12 (doze) unidades da rede própria de saúde do Estado. Em 14 de

fevereiro de 2014, a Justiça Estadual da Bahia determinou a suspensão da licitação em decorrência de Mandado de Segurança impetrado pela MV Sistemas Ltda., uma das empresas interessadas na parceria público-privada (PPP).

Até o final do primeiro trimestre de 2014, a Prefeitura de Belo Horizonte possuía em desenvolvimento dois projetos de PPP na saúde. O primeiro é o do Hospital Metropolitano do Barreiro, cujo vencedor da segunda fase da licitação foi o consórcio Novo Metropolitano S/A. O contrato foi assinado em março de 2012. Essa PPP inclui a construção da segunda fase do hospital, a compra de equipamentos e a gestão dos serviços não clínicos por um período de 20 anos. O segundo projeto de Belo Horizonte é a PPP da Rede de Atenção Primária à Saúde, cujo Edital de Licitação, publicado em dezembro de 2011, aponta como objeto a modernização, prestação de serviços não assistenciais de apoio e infraestrutura. Esse projeto encontra-se, em junho de 2014, em fase de conclusão de elaboração (BELO HORIZONTE. Prefeitura, 2014).

O Distrito Federal desenvolveu um projeto de PPP para a construção de dois Hospitais – Gama e Unidade de Traumatologia no Hospital de Base – além de centrais de laudos e exames. Essa PPP prevê a construção das novas unidades, o fornecimento e a implantação da infraestrutura e equipamentos, além dos serviços não clínicos (esterilização, enxoval, lavanderia, limpeza, resíduos, manutenção, serviços de tecnologia da informação e comunicação, nutrição e dietética, telefonia, portaria, vigilância e logística intra-hospitalar). Esse projeto tem prazo de 20 anos e investimento da ordem de R\$ 719 milhões. Em 06 de Janeiro de 2014 a Comissão Especial de Licitação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal comunicou a suspensão da licitação em função de dúvidas apresentadas pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal. O projeto encontra-se parado até junho de 2014.

O Estado de São Paulo possui 3 projetos de PPP. O primeiro é a Fundação para o Remédio Popular (FURP), para gestão, operação e manutenção, com fornecimento de bens e realização de obras para adequação da infraestrutura existente, da Indústria Farmacêutica de Américo Brasiliense – IFAB, de titularidade da Fundação para o

Remédio Popular 'Chopin Tavares de Lima' – FURP, e serviços de assessoria na obtenção de registros de medicamentos perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Segundo o acordo, o governo de São Paulo comprará toda a produção da fábrica de Américo Brasiliense garantindo uma receita à companhia de R\$ 2,5 bilhões pelos próximos 15 anos por conta da PPP. A Furp, por sua vez, produzirá cerca de 1,26 bilhão de unidades farmacotécnicas genéricas e 96 novos medicamentos. Em julho de 2013, EMS S/A⁹, única empresa a apresentar proposta nesta licitação, foi declarada vencedora. A expectativa é de que a fábrica esteja pronta até o fim de 2015.

O segundo projeto é a Logística de Medicamentos – FURP, com o objeto de reorganização, estruturação, implantação e operação dos processos logísticos e assistenciais da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo. Serão 12 centros de armazenagem no Estado e em cada uma das 645 cidades paulistas, uma farmácia integrada que reúna todos os tipos de remédios gratuitos fornecidos num só local. O prazo é de 15 anos, com investimentos privados da ordem de R\$ 130 milhões nos cinco primeiros anos.

O terceiro projeto do Estado de São Paulo é referente a Complexos Hospitalares. Essa PPP prevê o planejamento arquitetônico funcional dos hospitais, a construção, compra e instalação completa dos equipamentos hospitalares, mobiliários, tecnologia de informação e comunicação, e da gestão da área não assistencial. São três Complexos Hospitalares: Hospital Estadual de São José dos Campos, Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher – HCRSM e Hospital Estadual de Sorocaba. Nos hospitais de Sorocaba e São José dos Campos, a gestão assistencial será realizada por Organizações Sociais.

No Amazonas o projeto de PPP no setor saúde é o do Hospital da Zona Norte de Manaus, cujo contrato foi assinado em abril de 2013 com o consorcio declarado vencedor - Zona Norte Engenharia, Manutenção e Gestão de Serviço S.A. O contrato

⁹ <http://www.ems.com.br/web/guest/home>

tem como objetivo a construção e equipagem do hospital, além da gestão dos serviços de esterilização hospitalar, lavanderia, limpeza hospitalar, manutenção de equipamentos, manutenção dos sistemas de informática, manutenção predial, nutrição, portaria e recepção, telefonia e vigilância. O hospital encontra-se em fase de construção, com prazo de 21 meses para começar a operar.

A prefeitura de Manaus também desenvolveu projeto de PPP para a gestão de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Em maio de 2012 ocorreu a licitação e o consórcio declarado vencedor da concorrência pública é formado pelas empresas: Magi Clean Administradora de Serviços Ltda e SH Engenharia e Construção Ltda. Em fevereiro de 2014, o Município de Manaus, por intermédio da Secretaria de Saúde (SEMSA), comunicou que analisa a conveniência e oportunidade de promover a extinção do contrato. De acordo com a análise feita pela SEMSA, a concessão não correspondeu às necessidades de atendimento à saúde em função de:

- As UBSFs não foram projetadas dentro do tamanho adequado, estando aquém do tamanho definido pelo Ministério da Saúde;
- A estrutura atual não é suficiente para o atendimento da população nas áreas de influência das UBSFs;
- O Município enfrentou dificuldades com as desapropriações de terrenos para a construção das UBSFs, o que comprometeu a realização das construções;
- O custo de manutenção é muito elevado e o serviço é ineficiente.

Outros estados e municípios também estão iniciando projetos de PPP no setor saúde. A cada novo projeto, novos desafios motivam o contínuo aprimoramento do modelo, seja na gestão, no contrato ou na regulação. Na análise do Banco Mundial, a demora para implantação de mais projetos no Brasil faz parte de uma natural maturação do processo de implementação de uma inovação contratual complexa, que implica em transformações nas instituições e no comportamento dos gestores públicos e privados.

4.4. VALUE FOR MONEY

Como a principal razão alegada para a contratação das PPPs é a busca por eficiência para a prestação de serviços no setor público, é preciso verificar – qualitativa e quantitativamente – a conveniência e a oportunidade da sua realização. Para isso, é necessário analisar *Value for Money (VFM)*, levando em consideração premissas técnicas, econômico-financeiras e jurídicas, além de estudos de custos, para determinar se vale ou não a pena implantar um projeto nesse formato.

A idéia de *Value for Money (VFM)*, surgida na Inglaterra, é muitas vezes mal traduzida para o contexto brasileiro. A Inglaterra passou a destacar a discussão que envolve o binômio custo/benefício e para isso, foram utilizados como base, critérios de avaliação sobre a destinação correta e adequada dos recursos. Essa avaliação teve o objetivo de verificar se existe conveniência para a realização da parceria. A averiguação dos mencionados critérios tornava-se concreta por meio de testes, como o *Value for Money*. Seus principais parâmetros eram a discussão sobre contratos baseados em resultados (*output based contracts*), aproveitamento de economias de escala, competição, transferência de risco para a iniciativa privada, inovação e divisão de responsabilidades.

Os imperativos de eficiência e de *good Value for Money* tornaram-se comuns nos discursos políticos britânicos, sendo a partir daí utilizados em larga escala (SUNDFELD, 2005). No Brasil no entanto, se interpreta que o valor definido para uma PPP tem que ser mais baixo que o da gestão direta. Com isso se estabeleceria o teto da licitação. Na Inglaterra a análise do VFM não é feita para estabelecer o teto da licitação, mas sim para definir um valor de referência.

Segundo ARAGÃO (2004), *Value for Money* poderia ser traduzido como “vantagem monetária”, significa que a execução de um serviço público pela iniciativa privada resulta em uma rede de benefícios à instituição pública, definida em termos de custo, preço, qualidade, quantidade ou transferência de risco, ou ainda, de uma combinação

destes. O VFM deve ser condição necessária para a escolha por um contrato de PPP, pois ela se centra na obtenção do “Melhor Valor” na prestação e provisionamento de serviços (BELLI, ET AL 2001).

De forma geral, um estudo tem como objetivos auxiliar na tomada de decisão, na preparação e seleção de projetos, pois esses devem contribuir para o bem estar da comunidade. Deste modo tem-se conhecimento de que não se deve tratar um projeto de PPP diferentemente dos demais projetos de investimento. Nesse sentido, esses, como quaisquer outros projetos, não podem ser dissociados do contexto e do setor no qual estão inseridos. Além disso, as estratégias do governo devem ser estabelecidas no início da preparação do projeto. (VERESS, 2005)

Quando se fala em eficiência, PORTUGAL E PRADO (2007) ressaltam que é essa a razão considerada principal para a contratação das PPPs: “[...] Na verdade, a contratação das PPPs só se justifica quando os ganhos globais de eficiência esperados a partir dessa formatação contratual superem os custos a serem incorridos na sua estruturação e no acompanhamento, fiscalização e regulação do contrato. Por isso, decidido que um dado projeto é prioritário para o país, o passo seguinte deve ser verificar a conveniência e oportunidade de sua realização sob a forma de PPP. A verificação disso deve ser feita tanto qualitativa quanto quantitativamente. Algumas vantagens da contratação das PPPs dificilmente podem ser sintetizadas por números, senão por meio de levantamentos intrincados ou, mesmo, impossíveis de se fazer”. (PORTUGAL e PRADO, 2007, p. 88-89) Com isso, eles destacam que a análise das vantagens/desvantagens da PPP implica na existência de base de dados que permita comparação de custos de implementação dos projetos.

No Brasil, na maioria das vezes, é possível elaborar uma avaliação que, do ponto de vista quantitativo, permita estimar os custos de implementação do projeto por parceiro privado (incluindo os custos financeiros) e as eventuais receitas a serem geradas. Para isso, é preciso considerar outros aspectos, como: a estabilidade do marco regulatório do setor em que se pretende implementar a PPP; a estabilidade do cenário

macroeconômico, que permita fazer previsões de mais longo prazo; a conveniência, possibilidade e custos de transferir determinados riscos para o parceiro privado; a conveniência do ponto de vista das questões ambientais; a possibilidade de estabelecer especificações contratuais e indicadores de desempenho estáveis ao longo do contrato, que possam ser mensurados de maneira fácil e objetiva; a capacidade do setor privado de prestar o serviço objeto da concessão; etc. (PORTUGAL e PRADO, 2007).

Para DEMIRAG ET AL (2011), são três os elementos básicos do *VFM*: economia, eficácia e eficiência. A economia ocorre com a obtenção de recursos de qualidade com custo mínimo. Eficiência consiste em se assegurar que o máximo de resultado é obtido com uma determinada quantidade de recursos, ou que uma mínima quantidade de recursos é usada para obter um determinado resultado. Porém, a obtenção de economia e eficiência não tem valor se a eficácia (garantia de que uma determinada atividade alcance os resultados desejados) não for observada.

Para estimar o *Value for Money* de um projeto é preciso considerar dois componentes: quantitativo, usando o projeto público de comparação – PPC; e qualitativo, considerando os benefícios de eficiência, eficácia e inovação. Faz-se uma comparação entre os custos do projeto exibidos pelos licitantes com uma estimativa dos custos de realização do mesmo projeto diretamente pelo setor público. (ATHAYDE, 2002)

Dentre os maiores desafios para a definição do *VFM* pode-se citar a dificuldade dos levantamentos dos custos públicos e o estabelecimento de mesma base de comparação para os serviços prestados (PPR e PPP). Também devem ser considerados na comparação: o modelo de financiamento do projeto; os impactos institucionais, técnicos, comerciais e socioeconômicos de cada opção; as hipóteses do modelo com relação à inflação, taxas de juros, tarifas, valor residual dos ativos, depreciação, orçamento etc.; contribuições do governo; opções de financiamento, etc. (PASIN E SOBRAL, 2003)

Diversos modelos de análise de *Value for Money* de projetos de PPP são desenvolvidos e estudados. As experiências internacionais demonstram que cada governo desenvolveu uma metodologia própria de Análise do Mérito do Projeto, voltada às particularidades nacionais ou subnacionais. Em alguns países se enfatiza apenas a economia. No entanto, apesar de ser mais complexa e difícil de ser verificada que os aspectos econômicos, a qualidade esperada também deve fazer parte do processo de análise. Pois o mérito do projeto nem sempre equivale ao menor custo, ele representa um aspecto que o torna algo adequado, conveniente e oportuno para o interesse público. Uma PPP oferece *Value for Money* por meio dos ganhos de eficiência.

Os projetos de PPP devem ser acompanhados de estudos de viabilidade e análise da oportunidade que comprovem ser esta a melhor alternativa para aquela situação. O Artigo 10º da Lei Federal 11.079/2004 aponta que a contratação nessa modalidade deverá ser condicionada a “a conveniência e a oportunidade da contratação, mediante identificação das razões que justifiquem a opção pela forma de parceria público-privada”.

É fundamental que o setor público tenha condições de avaliar a factibilidade, viabilidade e efetividade de um projeto de PPP, considerando um nível aceitável de riscos. Entre os riscos a serem avaliados e administrados, REDOSCHI (2014) destaca: nível de demanda; grau de participação com recursos próprios do parceiro privado na capitalização do empreendimento; recursos de terceiros a custos e prazos compatíveis com as necessidades; recursos orçamentários disponíveis; capacidade institucional do setor público na supervisão da concessão; e sistema de comunicação interna e externa com a sociedade para o gerenciamento de crises.

KURY (2014) aponta que é preciso minimizar ou eliminar incertezas e/ou mudanças constantes nas regras do processo para utilização de PPPs, pois, para o autor, “*riscos geralmente podem ser precificados, mas incertezas não*”. Portanto, é necessário manter um ambiente político-econômico estável, para aumentar a confiança do mercado e atrair cada vez mais investidores do setor privado.

PINTO (2004) aborda alguns tipos de riscos: político, ambiental, regulatório e contratual. Avalia ainda que para se conseguir elimina-los deve haver um esforço coletivo enorme, pois o grau de risco elevado é uma ameaça à implantação das PPPs e sua operacionalização.

Frente ao fracasso de um projeto de PPP na transferência de riscos e na obtenção do *Value for Money*, a possibilidade de reforçar e/ou dissolver a parceria é, em termos práticos, circunscrita a aspectos legais e operacionais. Assim, o setor público pode acabar preso a uma parceria, para bem ou para mal.

Para ARAGÃO ET AL (2004), de forma geral, os projetos de PPP apresentam vantagens, desvantagens, e várias implicações para a alocação de riscos e ganhos entres os envolvidos na parceria. Em virtude disso, sua respectiva aplicação está vinculada às características específicas de cada projeto. Cada novo caso pode e deve motivar a adoção de novas estratégias de avaliação de oportunidade e conveniência.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por se tratar de uma pesquisa empírica, além dos dados documentais, são apresentados trechos das entrevistas (transcritos *ipsis litteris*) realizadas com os principais *stakeholders* de várias instâncias dos projetos e com estudiosos do assunto. A idéia é conhecer e discutir o conceito de análise de mérito de projetos de PPP e o processo de elaboração de alguns projetos do setor saúde do Brasil.

5.1. MODELOS DE ANÁLISE DE MÉRITO DE PROJETOS DE PPP

Foram estudados dez modelos internacionais de análise de mérito de projetos de PPP. Com base na cronologia (2004 a 2013) e no setor de referência (saúde), foram selecionados quatro modelos para uma discussão mais detalhada.

Tabela 5. Modelos de análise do mérito de projetos de PPP

MODELOS	PAÍS	INSTITUIÇÃO/AUTOR	ANO
P3 Business Case Development Guide	Canada	PPP Canada	2013
Public-Private Partnerships Reference Guide.	EUA	Public-Private Infrastructure Advisory Facility (PPIAF), The World Bank.	2012
Guide to Guidance	Luxemburgo	European PPP Expertise Centre , European Investment Bank	2012
How to attain value for money:comparing PPP and traditional infrastructure public procurement	OECD	OECD	2011
Guidance for Quantitative Procurement Options Analysis.	Canadá	Partnerships British Columbia	2009
Treasury's Value for Money Assessment for PFI - Guidance for NHS build Schemes.	Inglaterra	Departament of Health	2008
HM Treasury: Value for Money Quantitative Assessment Guide.	Reino Unido	HM Treasury	2007

Treasury's new value for money assessment for PFI guidance for NHS build schemes overview.	Inglaterra	Department of Health	2005
The Green Book: Appraisal and Evaluation in Central Government.	Reino Unido	HM Treasury	2004
Public Private Partnership Manual National Treasury.	África do Sul	National Treasury	2004

Fonte: elaborada pela autora

5.1.1. P3 BUSINESS CASE DEVELOPMENT GUIDE - PPP CANADA

Publicado em 2013, esse modelo¹⁰ tem o objetivo de prover aos *stakeholders* demonstração de benefícios públicos e *Value for Money* dos projetos de PPP. Identifica, avalia e faz recomendações para assegurar um projeto apropriado para o alcance dos objetivos da parceria. Identifica e avalia também uma série de alternativas de modalidades para este modelo de contrato.

O propósito desse modelo é garantir que os projetos sejam elaborados com detalhes suficientes para: minimizar a probabilidade da ocorrência de problemas ao longo da implementação; maximizar a probabilidade de obtenção dos objetivos dos projetos; e aperfeiçoar a gestão de riscos e suas consequências. Os riscos analisados são: subestimação de custos, concretização de riscos imprevistos e acompanhamento e monitoramento inadequados do projeto.

O modelo é dividido em seis partes: tomada de decisão, análise de *Value for Money*, recomendações integradas, financiamento do projeto, estratégia de licitação e plano de implementação. Em cada seção, o modelo apresenta algumas perguntas e fontes de informações para guiar a gestão de projeto.

¹⁰

<http://www.p3canada.ca/~media/english/resources%20library/files/p3%20business%20case%20development%20guide.pdf>

Na tomada de decisão é preciso verificar se o projeto está alinhado com o planejamento/política e se é prioritário para o governo. Os principais passos recomendados nessa primeira parte do modelo são: síntese das necessidades; descrição do patrocinador do projeto, seus objetivos e benefícios; estudo da viabilidade e decisão de investimento.

Para a análise de VFM, sugere-se construir modelos financeiros robustos, baseados nas melhores estimativas de custo disponíveis e informações de mercado. O primeiro modelo financeiro aponta o custo do projeto com base na gestão pública direta (abordagem tradicional) – Projeto Público de Comparação (PPC) ou *Public Sector Comparator* (PSC). O segundo modela o custo com base no desempenho do setor privado – Projeto Privado de Referência (PPR) ou *Shadow Bid*. Em seguida, deve adotar uma avaliação quantitativa de risco do projeto e alocar esses riscos entre o setor público e o parceiro privado de forma prudente. Por fim, é preciso ajustar o custo líquido presente, tanto do PPC quanto do PPR, com base na distribuição de riscos. A diferença no custo líquido presente ajustado é a avaliação do *Value for Money* quantitativa.

Em relação ao financiamento, é proposto: demonstrar o nível de preparação financeira do setor público para assumir o projeto e listar as fontes de fundos disponíveis e formas para sua utilização. Fontes de informação incluem, mas não estão limitadas a: orçamentos aprovados pelo setor público, cartas de compromisso de fundos fornecidas por autoridades federais, provinciais, municipais e outras, e compromisso de doadores e outros fornecedores.

A estratégia de licitação tem o objetivo de: articular a política e o modelo de contratação para estabelecer um ambiente acessível, confiável, justo e competitivo assegurando o interesse do setor privado para o projeto; definir os recursos humanos e financeiros; desenvolver um modelo de governança para supervisionar a licitação; e prover uma direção geral sobre os próximos passos. Fontes de informação incluem,

mas não estão limitadas a: leis, políticas e resoluções, observações sobre avaliações de jurisdição e razoabilidade, observações de conselheiros financeiros e transacionais, e avaliação do conjunto de oportunidades de negócios locais e regionais.

Para o plano de implementação, o modelo *PPP CANADA* propõe: verificar o *status* atual do projeto e os passos necessários para avançar a sua completa implantação; delinear os principais marcos necessários para fazer o projeto avançar; reunir as atividades em um único plano de trabalho (cronograma); e desenvolver um plano de transição para o período após licitação.

No entanto, o modelo não pode ser considerado um manual que provê todos os requerimentos analíticos de um projeto. É preciso expandir o escopo, principalmente da análise qualitativa do mérito do projeto.

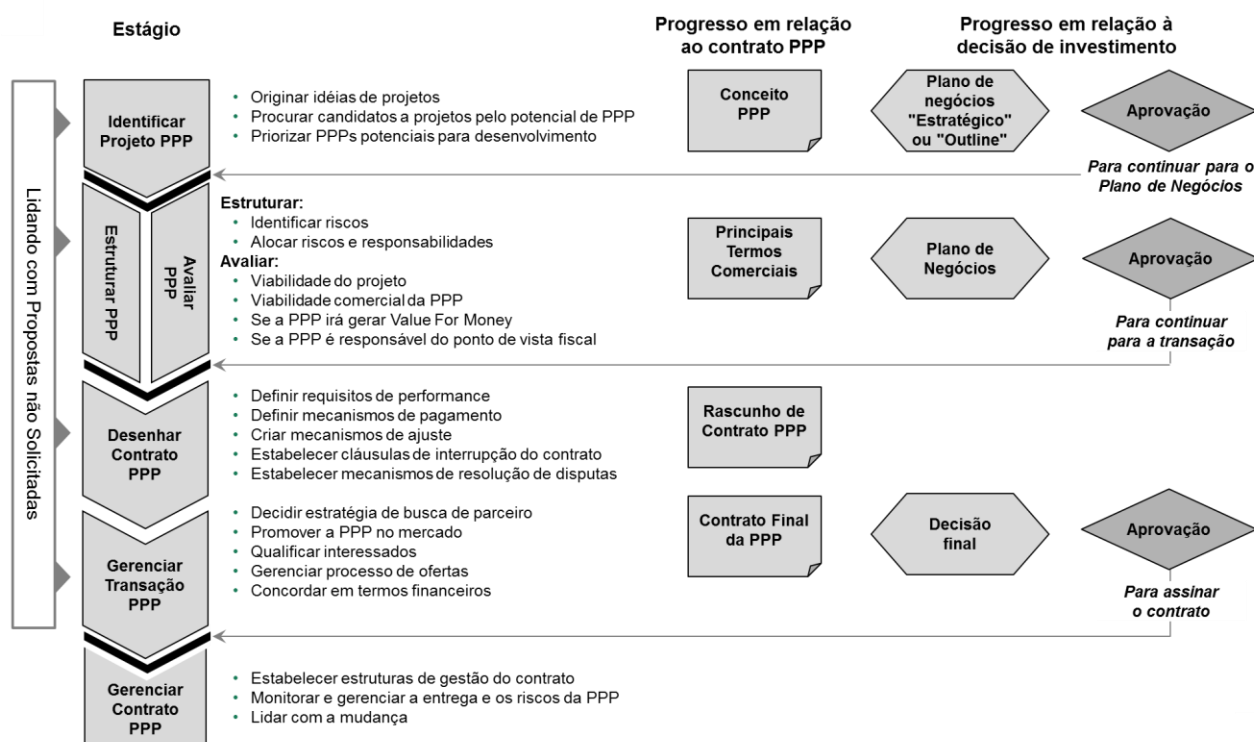
5.1.2. PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS REFERENCE GUIDE - PUBLIC-PRIVATE INFRASTRUCTURE ADVISORY FACILITY (PPIAF), THE WORLD BANK

O Guia de Referência elaborado pelo Banco Mundial¹¹ busca preencher uma lacuna na informação atual, oferecendo aos profissionais interessados uma visão global da diversidade de abordagens e experiências existentes na implementação de PPPs. Esse guia não oferece orientações detalhadas para atender aos requisitos de projetos de todos os países – o que seria impossível dada a diversidade entre as várias situações. Estabelece os tópicos principais, aponta as principais questões que precisam ser abordadas, e provê o que são consideradas as referências mais importantes a que profissionais podem recorrer para aprimorar o conhecimento e entendimento sobre o assunto.

¹¹ <https://wbi.worldbank.org/wbi/Data/wbi/wbicms/files/drupal-acquia/wbi/WBIPPIAFPPReferenceGuidev11.0.pdf>

A figura a seguir mostra o processo de elaboração de um projeto de PPP definido no modelo do Banco Mundial. Esse processo é composto por vários estágios e suas respectivas avaliações. Aprovações são requeridas na passagem de cada estágio. O modelo aponta duas razões para usar esse roteiro no desenvolvimento dos projetos de PPP. A primeira é o fato de permitir detectar e corrigir erros precocemente. A segunda é que evita desperdício de recursos no desenvolvimento de projetos fracos. O desenvolvimento de projetos de PPP é custoso, portanto verificações continuadas podem assegurar que os recursos para a elaboração de projetos estejam sendo bem usados.

Figura 1. Processo de elaboração de projeto de PPP



Fonte: *Public-private partnerships reference guide – Public-private infrastructure advisory facility (PPIAF), The World Bank*

Há problemas que as PPPs não conseguem resolver, ou que elas podem, inclusive, exacerbar. O modelo estudado aponta o endividamento público como uma das grandes

preocupações. Por isso, recomenda que o Estado esteja atento ao compromisso fiscal e aos riscos assumidos, visando uma gestão financeira pública prudente.

Os principais fatores que influenciam o *Value for Money* na provisão de infraestrutura, segundo o guia, são:

- Transferência de risco: riscos assumidos pelo governo em deter e operar infraestrutura, tipicamente levam a custos substanciais e não avaliados. Alocar parte do risco a uma entidade privada que possa melhor gerenciá-lo, pode reduzir o custo geral do projeto;
- Inovação: especificar produtos em um contrato, em vez de prescrever premissas, promove mais oportunidades para inovação. A licitação competitiva desses contratos incentiva os interessados a desenvolver soluções inovadoras para atender essas especificações;
- Foco na entrega de serviços: a gestão na modalidade de PPP é focada no serviço que será entregue sem ter que considerar outros processos ou restrições típicas do setor público;
- Previsibilidade e transparência de custos e financiamento: o estudo financeiro de um projeto de PPP é realizado levando em consideração infraestrutura e serviços, para todo o período de vigência de contrato, incluindo reajustes e atualizações. Isso permite a previsibilidade orçamentária e reduz o risco de inadimplência;
- *Accountability*: os pagamentos da contraprestação são condicionados aos resultados especificados em contrato (qualidade, quantidade e prazo). Se requisitos de desempenho não forem atendidos, pagamentos pelos serviços poderão ser deduzidos.

Projetos mal selecionados podem resultar em má prestação de serviços a um custo maior que o necessário. Segundo o modelo estudado, esses problemas decorrem, principalmente, de:

- Planejamento e coordenação de baixa qualidade: bom planejamento e coordenação setorial e intersetorial são necessários para garantir os melhores projetos – aqueles que representam *Value for Money*.
- Análises incorretas: a análise relacionada à seleção de projetos é frequentemente equivocada. Projetos que aparentam ter justificativas de ótimo custo-benefício, na prática não o têm. Os benefícios são frequentemente sobreestimados, resultando em projetos, que são maiores ou mais complexos do que seria justificável pela demanda por serviços, enquanto os custos são geralmente subestimados.
- Politicagem ou expectativa de ganhos pessoais podem interferir no processo de seleção de projetos: aumentam o custo, ou, em alguns casos, direcionam fundos para projetos de menor importância para a população.

Não há um modelo único para a elaboração de projetos de PPP. Os modelos de um governo evoluem com o tempo, freqüentemente, em resposta a desafios enfrentados. Nos estágios iniciais de um programa, a ênfase pode estar em tornar os projetos viáveis, e em criar e promover oportunidades para o desenvolvimento de PPPs. Por outro lado, quando muitos projetos já tiverem sido implementados, de forma não integrada, a preocupação recai sobre o risco fiscal. Nesse caso, é preciso fortalecer o controle sobre a implementação de novas PPPs e regular a gestão financeira.

Conforme o modelo estudado, os componentes de um programa de PPP podem incluir os seguintes aspectos:

- Política: articulação da intenção do governo em usar PPPs para prestar serviços públicos, e os objetivos, escopo e princípios de implementação do programa.
- Processos e responsabilidades institucionais: os passos pelos quais os projetos são identificados, desenvolvidos, avaliados, implementados e gerenciados; e os papéis de diferentes entidades nesse processo. Um programa de PPP bem-sucedido deve ser eficiente, transparente e consistentemente acompanhado, para controlar efetivamente a qualidade dos projetos.

- Supervisão: aqueles à frente da implementação das PPPs são responsáveis pelas suas ações e decisões.
- Gestão financeira pública: os compromissos fiscais relacionados às PPPs devem ser controlados, reportados e orçamentados, para garantir a geração de *Value for Money* sem colocar em risco a gestão financeira.
- Marco legal e regulatório: as leis e regulamentações que definem as regras e fronteiras da implementação das PPPs devem ser respeitadas, incluindo as legislações específicas da gestão de finanças públicas e as leis e regulamentações setoriais.

Os programas de PPPs geralmente definem princípios de implementação – as regras direcionais ou código de conduta sob os quais os projetos serão implementados. Esses princípios definem os padrões pelos quais os responsáveis deverão responder. Geralmente, eles são apoiados por regulamentações e processos. O modelo estudado cita a lei federal 11079/2004 do Brasil, que define seis princípios para o uso de PPPs: eficiência; respeito pelos interesses dos usuários e dos atores privados envolvidos; não transferência de responsabilidades regulatória, jurisdicional nem de responsabilidades de garantir cumprimento da lei; transparência; alocação objetiva de riscos; e sustentabilidade financeira.

Os governos precisam avaliar se a PPP é um bom uso de recursos públicos para determinados projetos. Com isso em vista, o modelo propõe três critérios principais:

- Capacidade de ser implementado e viabilidade econômica: se o projeto em questão faz sentido, independente de ser implementado como PPP ou sob o processo tradicional de licitação do setor público. Isso geralmente, envolve estudos para checar se o projeto é possível e se está alinhado com as prioridades setoriais e de políticas públicas. Também, deve ser realizada uma avaliação econômica (custo-benefício), com a finalidade de verificar o menor custo possível para a entrega dos benefícios.
- *Value for Money*: se o desenvolvimento do projeto sob a forma de PPP pode atingir um melhor VFM, comparado a outras opções. Isso pode incluir a

comparação com a alternativa da contratação pública (onde isso seja uma opção).

- **Acessibilidade:** se os requisitos gerais de receitas para o projeto estão dentro da capacidade dos usuários, da autoridade pública, ou de ambos, para pagar pelo serviço. Isso envolve checar o custo do projeto – tanto em termos de pagamentos regulares quanto de riscos – e estabelecer se isso pode ser acomodado dentro do orçamento e outras restrições fiscais.

Ao identificar e desenvolver projetos potenciais de PPP, governos também precisam considerar sua viabilidade comercial. O modelo propõe verificar se o projeto tem boas chances de atrair patrocinadores e financiadores de qualidade.

Para a maioria dos modelos de análise de mérito, avaliar o VFM significa verificar se o projeto se justifica sob uma lente de custo-benefício. No entanto, ao avaliar um projeto de PPP, algumas análises adicionais são necessárias, como a verificação de sua estrutura. O modelo do Banco Mundial provê orientação em cada estágio de desenvolvimento e implementação – da identificação inicial dos possíveis projetos, ao gerenciamento dos contratos ao longo do ciclo de vida. Descreve cada estágio do processo da PPP, oferecendo acesso a recursos, ferramentas e orientações adicionais.

As diversas ideias de projetos podem ou não ser adequadas ao desenvolvimento como PPPs. Muitos governos definem critérios para o que caracteriza um bom projeto. Esses critérios incluem garantir que o projeto: seja possível tecnicamente e economicamente; seja viável comercialmente; ofereça *Value for Money* quando comparado a outras opções; e atenda a regras fiscais.

O modelo estudado apresenta alguns fatores que devem ser considerados na avaliação do *Value for Money*:

- Escala do projeto: os custos de transação serão justificáveis?
- Especificação dos produtos: o contrato responsabilizará o provedor pelos resultados?

- Oportunidades para transferência de risco: a PPP vai gerar VFM se comparada com a alternativa de fornecimento tradicional pelo setor público? (Isso significa uma alocação de risco apropriada – de forma que os riscos serão amplamente alocados à parte que pode melhor controlá-los ou absorvê-los).
- Capacidade e interesse do mercado: o projeto comercial é potencialmente viável e atrairá interessados do setor privado? Avaliar interesse de mercado pode requerer consultas inicial com potenciais investidores.

Identificados projetos que tenham potencial como PPPs, é preciso definir prioridades para desenvolvimento e implementação, levando em conta que os recursos humanos e financeiros disponíveis são limitados. O modelo aponta alguns fatores que podem ajudar nessa priorização:

- Prontidão do projeto e estágio de preparação: alguns projetos estão mais avançados que outros antes de serem propostos como PPPs, reduzindo o custo remanescente de desenvolvimento.
- Resposta às necessidades do setor: a ordem de implementação dos projetos de PPP precisa ser alinhada com as prioridades gerais dos setores dentro do plano estratégico. Em outras palavras, as PPPs devem ser centrais ao desenvolvimento do setor e não atrapalhar as prioridades estratégicas.
- Alta capacidade de implementação: priorizar projetos de PPP com alta probabilidade de sucesso, que tenham maior chance de atrair o interesse do setor privado, e para os quais haja um precedente no mercado local ou regional.

Um dos principais objetivos dos governos em implementar PPPs é atingir *Value for Money*. Isso significa obter uma combinação ótima de custo-benefício, ao fornecer os serviços que os usuários necessitam. O modelo mostra que há algumas abordagens possíveis para essa análise. Uma opção é simplesmente conduzir uma avaliação qualitativa, checando se todas as condições são obedecidas para atingir VFM, ou seja, se o projeto foi bem estruturado. Muitos programas de PPPs requerem uma avaliação quantitativa. Isso, tipicamente, envolve comparar a opção de PPP com um Projeto Público de Referência (PPR).

A análise de *Value for Money*, particularmente as metodologias quantitativas de PPR, tem sido sujeita a amplo debate, porque, ainda que essas abordagens quantitativas sejam necessárias em programas de PPP de vários países desenvolvidos, elas são complexas e não necessariamente justificam seu custo. Por exemplo, se não há outra opção no setor público para um projeto (por exemplo, não existe espaço fiscal para implementação), ou se há uma ampla base de evidências, então um estudo comparativo detalhado pode não ser necessário. Adicionalmente, quando a disponibilidade de dados é limitada, essa abordagem é menos útil.

Calcular um Projeto Público de Referência (PPR) pode ser complexo. O ponto de partida é a melhor estimativa dos custos de investimento e de operação e manutenção ao longo do ciclo de vida do projeto, sob as regras tradicionais do setor público. Isso é ajustado de forma a permitir uma comparação entre o PPR e a PPP. Essa metodologia difere entre países.

Uma das críticas às vezes levantadas sobre o PPR é que ele foca apenas no custo financeiro em que o governo incorre, comparando a PPP e o sistema público tradicional. Uma abordagem mais abrangente deveria também considerar as diferenças nos benefícios esperados. Nos programas de PPP de vários países em desenvolvimento, o objetivo não é apenas reduzir o custo, mas transformar a prestação dos serviços públicos em termos de nível de serviço e qualidade. Essas mudanças não podem ser capturadas somente na comparação de custos. Como complemento da análise quantitativa do modelo do Banco Mundial, os governos podem usar a análise qualitativa do *Value for Money*.

Gerenciar contratos de PPP envolve monitorar e cobrar os requisitos contratados e gerenciar as relações entre os parceiros público e privado. A duração dessa gestão se estende ao longo do ciclo de vida da parceria, da data de assinatura do contrato até o final da sua vigência. Gerenciar contratos de PPP é diferente de gerenciar contratos

tradicionais do setor público, devido aos prazos mais longos e a sua maior complexidade. O modelo estudado visa garantir que:

- Os serviços sejam prestados de forma contínua e com alto padrão, de acordo com o contrato.
- Os pagamentos e as penalidades sejam aplicados de acordo com o cumprimento de metas.
- Responsabilidades contratuais e alocações de riscos sejam mantidas na prática, e as responsabilidades do governo e seus riscos serão gerenciados de forma eficiente.
- Mudanças no ambiente externo, quer sejam riscos ou oportunidades, sejam identificadas e incorporadas à solução.

Contratos bem desenhados contêm mecanismos de ajuste para quando a situação assim requerer. Ambos lados precisam cumprir esses mecanismos e usá-los para manter o contrato funcionando, de forma equilibrada. Entretanto, pelo fato desses mecanismos, em geral, não serem prescritivos, pode ser difícil usá-los de forma satisfatória na prática.

Muitos contratos de PPP são renegociados, frequentemente ainda nos estágios iniciais do ciclo de vida. Renegociação refere-se a mudanças nas provisões contratuais, de forma mais frequente do que por meio de mecanismos de ajustes já previstos no contrato. O modelo estudado aponta que a renegociação deve ser evitada quando possível e que um bom uso de provisões de ajustes pode torná-las desnecessárias.

Um ponto positivo desse manual elaborado pelo Banco Mundial é o extenso referencial bibliográfico com diversas pesquisas sobre o assunto ao redor do mundo e diferentes modelos para elaboração de projetos de PPP.

5.1.3. GUIDE TO GUIDANCE – EUROPEAN PPP EXPERTISE CENTRE, EUROPEAN INVESTMENT BANK

O *EPEC PPP Guide* foi elaborado como uma ferramenta de busca de informações das boas práticas de PPP. O objetivo do guia é identificar os melhores modelos de elaboração de projetos de PPP, facilitando o entendimento das questões essenciais e passos necessários na implementação dos projetos. Foram publicadas várias versões desse guia prático nos últimos anos.

Conforme figura a seguir, o modelo apresenta quatro fases com dois estágios cada. Em cada estágio são apontados de dois a seis passos a serem seguidos.

Figura 2 – EPEC PPP Guide

Fase	Etapa	Passo
1 Identificação do Projeto	1.1 Seleção do Projeto	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do investimento • Especificação do resultado
	1.2 Avaliação da Opção de PPP	<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade (quanto a custo) • Alocação de risco • Disposição ao financiamento • Análise de Value For Money • Tratamento da dívida e déficit das PPPs de acordo com a Eurostat
2 Preparação Detalhada	2.1 Organizando-se	<ul style="list-style-type: none"> • Definir o time de projeto e a estrutura de governança • Engajar time de conselheiros • Desenvolver plano de projeto e cronograma
	2.2 Antes de lançar a licitação	<ul style="list-style-type: none"> • Conduzir estudos adicionais • Preparar desenho detalhado do arranjo para a PPP • Selecionar modelo de licitação • Selecionar critérios de avaliação das propostas • Preparar rascunho do contrato de PPP
3 Licitação	3.1 Processo de ofertas	<ul style="list-style-type: none"> • Aviso de licitação, pré-qualificação e geração de "lista curta" • Convite para submeter ofertas • Interação com os interessados • Avaliação das ofertas e atribuição do contrato ao vencedor
	3.2 Contrato de PPP e fechamento financeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Finalizar contrato de PPP • Concluir acordos financeiros • Atingir fechamento financeiro
4 Implantação do Projeto	4.1 Gestão do contrato	<ul style="list-style-type: none"> • Atribuir responsabilidades pela gestão do contrato • Monitorar e gerenciar a execução do projeto e seus produtos • Gerenciar mudanças permitidas no contrato de PPP • Gerenciar mudanças não contempladas pelo contrato de PPP • Solucionar disputas • Condições de término do contrato
	4.2 Avaliação Ex-Post	<ul style="list-style-type: none"> • Definir <i>framework</i> institucional • Desenvolver <i>framework</i> analítico

Fonte: <http://www.eib.org/epec/g2g/intro1-guide.htm>

Como exemplos para cada fase da elaboração dos projetos, o guia aponta uma série de modelos de diversos países e instituições.

Fase 1:

- Attracting Investors to African Public-Private Partnerships - A Project Preparation Guide. World Bank/ICA/PPIAF (2009)
- A Government Business Case Guide. Efficiency Unit Hong Kong, (2008)
- Client Guide Achieving Well Designed Schools Through PFI CABE – Commission for Architecture and Built Environment, (2002)
- Public-Private Partnerships In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money. OECD (2008)
- Le Guide Opérationnel des PPP. François Bergère & al., Le Moniteur, 3rd edition (2010)
- Partnership Victoria Guidance Material Risk Allocation Guide. Infrastructure Australia (2008)
- Public-Private Partnerships In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money. OECD (2008)
- Project Finance – A Legal Guide. Graham Vinter, Sweet and Maxwell Ltd., 3rd Edition (2006)
- Public-Private Partnerships in Transport. A. Estache, E. Juan and L. Trujillo (2007)
- Government Guarantees – Allocating and Valuing Risks in Privately Financed Infrastructure Projects. Timothy Irwin, World Bank, Washington DC, (2007)
- State Guarantees in PPPs – A Guide to Better Evaluation, Design, Implementation and Management. European PPP Expertise Centre – EPEC (2011)
- Value for Money Assessment Guidance. HM Treasury (2006)
- Public Sector Comparator – Technical Note. Partnerships Victoria (2001)
- Frequently Asked Questions and Common Problems in Public Sector Comparator (PSC) Development. Partnerships Victoria (2009)

- Guidelines for Successful Public-Private Partnerships. European Commission, Directorate General Regional Policy (2003)
- The Non-Financial Benefits of PPPs – An Overview of Concepts and Methodology. European PPP Expertise Centre – EPEC (2011)
- An Introductory Guide to Public Private Partnerships (PPPs). Government of Hong Kong SAR, 2nd edition (2008)

Fase 2:

- National Public Private Partnership Guidelines. Volume 2: Practitioners' Guide. Infrastructure Australia (2011)
- Toolkit on Hiring and Managing Advisers for Private Participation in Infrastructure. PPIAF-World Bank (2001)
- Le Guide Opérationnel des PPP. François Bergère & al., Le Moniteur, Third Edition (2010)
- Toolkit for Public-Private Partnerships in Roads and Highways. PPIAF-World Bank (2009)
- How to Appoint and Manage Advisers to PFI Projects. Technical Note No. 3, HM Treasury Taskforce
- Guidelines for Successful Public-Private Partnerships. European Commission, Directorate General Regional Policy (2003)
- Guide for the Implementation of Public-Private Partnerships in Greece. Special Secretariat for Public-Private Partnerships, Ministry of Economy and Finance, Athens (2006)
- An Introductory Guide to Public Private Partnerships (PPPs). Government of Hong Kong SAR, 2nd edition (2008)
- National Public Private Partnership Guidelines. Volume 2: Practitioners' Guide. Infrastructure Australia (2011)
- Interpretative Communication of the European Commission on Concessions under Community Law. European Commission (2000/C 121/02)
- The Use of Restricted Procedure to Procure PPP/PFIs in Selected European Countries. Ernst & Young (2009)

- Public procurement website. European Commission - Directorate-General for Internal Markets and Services
- Communication on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Procurement and Concessions. European Commission Communication COM(2005) 569 final (2005)
- Commission Interpretative Communication C(2007)6661 – Application of Community law on Public Procurement and Concessions to Institutionalised Public-Private Partnerships. European Commission (2008)
- Competitive Dialogue Procedure in the UK PFI Sector. David Lee et al., Allen & Overy (2007)
- Competitive Dialogue in 2008 – OGC/HMT Joint Guidance on Using the Procedure. UK Office of Government Commerce (2008)
- A Formula for Success – Procurement Effectiveness in Major Project Delivery. UK Office of Government Commerce (2009)
- Les Contrats de Partenariat – Guide Méthodologique. Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi (2011)
- Public-Private Partnerships (PPP) – A Decision Maker's Guide. Michael Burnett, Institut Européen d'Administration Publique (2007)
- Toolkit for Public-Private Partnerships in Roads and Highways. PPIAF-World Bank (2009)
- National Public Private Partnership Guidelines. Volume 2: Practitioners' Guide. Infrastructure Australia (2011)
- A New Approach to Private Roads. Eduardo Engel, Ronald Fischer and Alexander Galetovic (2002)
- Public-Private Partnerships in Central and Eastern Europe – Structuring Concession Agreements. Christopher Clement-Davies, Law in Transition 2007

Fase 3:

- Toolkit for Public-Private Partnerships in Roads and Highways. PPIAF-World Bank (2009)

- National Public Private Partnership Guidelines. Volume 2: Practitioners' Guide. Infrastructure Australia (2011)
- Working with Government – Guidelines for Privately Financed Projects. New South Wales Government (2006)
- Practitioners' Guide. Partnerships Victoria (2001)
- Scottish Capital Investment Manual – PPP Guide. Scottish Government (2009)
- Guidelines for PPP – Request for Proposal. Planning Commission, Government of India, 2nd edition (2009)
- Public-Private Partnership Handbook. Asian Development Bank (2008)
- Competitive Dialogue in 2008. OGC/HMT Joint Guidance on Using the Procedure. UK Office of Government Commerce (2008)
- Scottish Capital Investment Manual – PPP Guide. Scottish Government (2009)
- Procurement Guidelines for PPP Projects. IPDF, Ministry of Finance, Pakistan (2007)
- Concessions for Infrastructure. A Guide to Their Design and Award. Michael Kerf et al., World Bank (1998)
- Procurement Processes and Standardized Bidding Documents. PPP in Infrastructure Resource Center (PPPIRC), World Bank
- Technical Note 4 – How to Appoint and Work with a Preferred bidder. UK Treasury Taskforce (2007)
- Competitive Dialogue in 2008. OGC/HMT Joint Guidance on Using the Procedure. UK Office of Government Commerce (2008)
- Revision of the Public Procurement Remedies Directive. European Commission (2007)
- Practitioners' Guide. Partnerships Victoria (2001)
- Public-Private Partnerships – Principles of Policy and Finance. E. R. Yescombe, Elsevier (2007)
- Preferred Bidder Debt Funding Competitions. HM Treasury (2006)
- The Financial Crisis and the PPP Market – Potential Remedial Act. European PPP Expertise Centre – EPEC, abridged version (2009)

- Project Finance – A Legal Guide. Graham Vinter, Sweet and Maxwell Ltd. Third Edition, (2006)
- The Law and Business of International Project Finance. Scott L. Hoffman, Cambridge University Press, 3rd edition (2008)
- Principles of Project Finance. E. R. Yescombe, Academic Press (2002)

Fase 4:

- Partnership Victoria Guidance Material – Contract Management Guide. Infrastructure Australia (2008)
- Main PPP Guidelines October 2006. Guidelines for the Provision of Infrastructure and Capital Investments through Public Private Partnerships: Procedures for the Assessment, Approval, Audit and Procurement of Projects. Irish Government (2006)
- An Introductory Guide to Public Private Partnerships (PPPs). Government of Hong Kong SAR, 2nd edition (2008)
- Guidelines for Successful Public-Private Partnerships. European Commission, Directorate General Regional Policy (2003)
- Toolkit for Public-Private Partnerships in Roads and Highways. PPIAF-World Bank (2009)
- National Public Private Partnership Guidelines. Volume 2: Practitioners' Guide. Infrastructure Australia (2011)
- Standardisation of PFI Contracts. HM Treasury (UK), Version 4 (2007)
- Sample Clauses. PPP in Infrastructure Resource Center (PPPIRC), World Bank
- Granting and Renegotiating Infrastructure Concessions. Doing It Right. J. L. Guasch, The World Bank Institute (2004)
- Public-Private Partnerships. Principles of Policy and Finance. E. R. Yescombe, Elsevier (2007)
- Updated Standard Commercial Principles. Partnerships Victoria, Guidance Material (2008)
- Standardisation of PFI Contracts. HM Treasury (UK), Version 4 (2007)

- Benchmarking Period – Sample Wording. PPP in Infrastructure Resource Center (PPPIRC), World Bank
- Highway Public-Private Partnerships. More Rigorous Up-Front Analysis Could Better Secure Potential Benefits and Protect Public Interest. US Government Accounting Office (2008)
- Public-Private Partnerships (PPP) – A Decision Maker’s Guide. Michael Burnett, Institut Européen d’Administration Publique (2007)
- Resource Book on PPP Case Studies. Directorate-General of Regional Policy, European Commission (2004)
- Case Studies of Transportation Public-Private-Partnerships in the United States. US Department of Transportation (2007)

5.1.4. TREASURY'S VALUE FOR MONEY ASSESSMENT FOR PFI - GUIDANCE FOR NHS BUILD SCHEMES

Este modelo de análise de *Value for Money*¹² foi desenvolvido pelo Ministério da Fazenda da Inglaterra, com orientações para o Serviço Nacional de Saúde (*National Healthcare Service* – NHS). Estabelece os testes específicos de VFM, sem analisar outros aspectos como: avaliação de outras opções de gestão e análise de risco.

Para os autores, os maiores objetivos da avaliação *Value for Money* são: prover uma avaliação sobre a vantagens da PPP comparadas com a gestão convencional e testar o interesse do mercado no projeto e a capacidade de entrega efetiva. Essa avaliação ocorre tanto de forma quantitativa quanto qualitativa.

O modelo apresenta a avaliação quantitativa, por meio de introdução ao uso do modelo; execução; orientação dos valores a serem inseridos no modelo; e análise dos resultados. Para a execução do modelo de avaliação quantificada entre o PPR e o PPC

¹² <http://www2.epos.de/fileadmin/epos/ppp/PPP%20Tools%20-%20Guidelines%20-%20Checklists/Guidance%20for%20NHS%20Build%20Schemes.pdf>

é indicado o uso de um aplicativo *Microsoft Excel*, com orientação de *input assumptions* (premissas de entrada).

Na avaliação qualitativa é apontada a necessidade de avaliar a viabilidade e capacidade do uso da PPP quando comparada com outras modalidades de contratação. Para essa análise são sugeridas algumas questões:

- Viabilidade: Os requisitos dos serviços podem ser definidos de forma objetiva? Os resultados são claros? A efetividade da entrega do serviço pode ser medida e monitorada? A flexibilidade operacional pode ser mantida ao longo da vida do contrato a um custo aceitável?
- Incentivo: A PPP promove melhor gestão e transferência de riscos? Incentivos a prestação do serviço no tempo certo e dentro dos custos? Promove mais inovação?
- Capacidade: Há evidências que o setor privado é capaz de entregar o resultado requerido? Existe interesse do mercado em relação ao projeto? Há ou haverá capacidade de gerenciamento e avaliação, de forma continuada, dos resultados?

O modelo também relaciona uma série de perguntas para facilitar a avaliação qualitativa. As principais são:

- Resultados do projeto: Os resultados contratuais podem ser medidos objetivamente? O contrato descreve os requisitos de forma clara, objetiva e baseada em resultados? A qualidade do serviço pode ser avaliada de forma objetiva e independente? Há uma aderência entre as necessidades e os resultados contratados? O contrato evita incentivos perversos e estimula a entrega de serviços de qualidade?
- Flexibilidade operacional: Há equilíbrio entre a flexibilidade operacional desejada e o investimento antecipado de capital? Qual é a probabilidade que grandes variações contratuais sejam necessárias durante a vida do contrato? O serviço pode ser implementado sem restringir a entrega de objetivos operacionais

futuros? Há garantia que a flexibilidade operacional será mantida ao longo da vida do contrato, a um custo aceitável?

- **Eqüidade, eficiência e *accountability*:** O setor público é eficiente para fazer a gestão dos serviços diretamente, em vez de por meio de contrato PPP? O escopo do contrato permite um controle total dos processos? O serviço possui fronteiras claras? O setor privado tem maior experiência/conhecimento que o setor público na prestação dos serviços? Os serviços contratados não são de responsabilidade única do setor público? A aplicação da PPP para esse projeto tem potencial de entregar *Value for Money* para o serviço de saúde como um todo, considerando seu impacto em outros projetos?
- **Gestão de risco:** Tendo em mente os riscos relevantes que precisam ser gerenciados, qual é a habilidade do setor privado de precificar e gerenciar esses riscos? O mecanismo de pagamento e os termos do contrato incentivam a gestão do risco?
- **Inovação:** Há escopo para inovação na construção e/ou na prestação dos serviços? Existe flexibilidade no escopo do projeto? Uma avaliação preliminar indica que pode haver escopo para inovação?
- **Duração do contrato e valor residual:** Em que horizonte futuro a demanda pelo serviço pode ser razoavelmente prevista? Qual a vida útil estimada dos ativos? Quais as desvantagens de uma duração longa de contrato? Há previsão para o estado dos ativos após o término do contrato? É possível sustentar *Value for Money* ao longo da vida do contrato, utilizando mecanismos apropriados, como *benchmarking* e atualização tecnológica?
- **Incentivos e monitoramento:** Os resultados e produtos do programa de investimento podem ser descritos em termos contratuais, de forma não ambígua e mensurável? Esse serviço pode ser avaliado, independentemente, em comparação ao padrão acordado?
- **Custos do ciclo de vida:** É possível integrar o projeto, construção e operação? Há custos operacionais recorrentes e requisitos de manutenção significativos? Eles podem ser sensíveis ao tipo da construção?

- Interesse do mercado: Há evidência que o setor privado seja capaz de fornecer o produto requerido? Há um mercado significativo no setor privado com capacidade suficiente para fazer a gestão desses serviços? É provável que haja interesse privado para o projeto? Isso foi testado? Há alguma evidência de falta de competição de mercado para projetos similares? A natureza do projeto sugere que ele será visto pelo mercado como um empreendimento lucrativo? Os riscos associados são gerenciáveis?
- Outros temas: O processo de contratação é viável dentro do prazo requerido? Há tempo suficiente para resolução dos principais temas levantados pelas autoridades, produção/aprovação da documentação do processo, seleção e avaliação dos interessados, negociação, aprovações e diligência? O valor geral do projeto é significativo e proporcional para justificar os custos de transação? A natureza do negócio e/ou sua importância estratégica sugerem que ele será visto pelo mercado como um empreendimento potencialmente lucrativo? A autoridade pública tem as habilidades e os recursos para definir, entregar e apoiar o serviço ao longo do processo de licitação e ao período subsequente de entrega?

O modelo estudado tem como fator positivo o referencial bibliográfico. Aponta aproximadamente quarenta trabalhos sobre avaliação qualitativa de mérito de projetos de PPP. Para facilitar o acesso aos dados, inclui ainda: o nome do documento, a seções/capítulo onde a avaliação está descrita, a data e local da publicação. Além disso, apresenta questões específicas do setor saúde.

5.2. PESQUISA EMPÍRICA (DOCUMENTAL E ENTREVISTAS) – ANÁLISE DE PROJETOS: JANEIRO DE 2010 A JUNHO DE 2014

A tabela a seguir sintetiza os projetos de PPP existentes no setor saúde no Brasil do período de janeiro de 2010 a junho de 2014. As informações foram obtidas por meio dos documentos oficiais (chamamentos públicos, editais e contratos), informações publicadas nos sítios eletrônicos (*sites*) das Secretarias da Saúde, Planejamento e Fazenda das esferas municipais, estaduais e Distrito Federal, site do Exército Brasileiro¹³; além do Observatório das Parcerias Público Privadas.

¹³ (<http://www.eb.mil.br/web/guest>)

Tabela 6. Projetos de PPP no setor saúde no Brasil – período de janeiro de 2010 a junho de 2014

Local	Projetos	Unidades	Escopo	Fase
Estado da Bahia	Hospital do Subúrbio	373 leitos para atendimento de alta complexidade, urgências e emergências clínicas, cirúrgicas e traumato-ortopédicas. A estrutura conta também com: centro cirúrgico, laboratório de análises clínicas, centro diagnóstico, centro de fisioterapia e centro de hemodinâmica.	Gestão clínica e não clínica, operação e aparelhamento.	Em funcionamento desde setembro de 2010, encontra-se em fase de estudo para ampliação de contrato.
Estado da Bahia	Instituto Couto Maia	Especializado em doenças infecciosas com atendimento à urgência, assistência ambulatorial e 155 leitos de internação. Possui também: Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE); Agência Transfusional; Serviço de Reabilitação; e Serviço de Apoio Diagnóstico.	Construção, aparelhamento e gestão não clínica.	A licitação ocorreu em maio de 2013. Encontra-se em fase de construção.
Estado da Bahia	Central de Diagnóstico por Imagem	Serviços de telemedicina, diagnóstico e bioimagem para 12 Unidades Hospitalares da rede própria do Estado.	Construção, reforma, adaptação, manutenção, além da gestão e operação dos serviços.	A sessão pública foi suspensa em 17/02/2014 pela Justiça Estadual da Bahia em decorrência de Mandado de Segurança. Aguarda leilão agendado para 17 de julho de 2014.

Local	Projetos	Unidades	Escopo	Fase
Estado de São Paulo	Complexos Hospitalares	Lote 01: Hospital Estadual de Sorocaba e Lote 02: Hospital Estadual de São José dos Campos e Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher – HCRSM.	Construção, fornecimento de equipamentos, manutenção e gestão dos serviços não assistenciais.	Em 19 de dezembro de 2013 foi publicado o edital de concorrência internacional. Em junho de 2014 a Construcap – CCPS Engenharia e Comércio S.A. foi declarada vencedora dos dois lotes.
Estado de São Paulo	Fundação para o Remédio Popular 'Chopin Tavares de Lima' - FURP	Indústria Farmacêutica de Américo Brasiliense – IFAB	Gestão, operação e manutenção, com fornecimento de bens e realização de obras para adequação da infraestrutura existente e serviços de assessoria na obtenção de registros de medicamentos	Em julho de 2013 a EMS S/A foi declarada vencedora da licitação. Encontra-se em fase de construção.
Estado de São Paulo	Logística de Medicamentos	Adequação da infraestrutura existente, manutenção e operação da logística.	Reorganização, estruturação, implantação e operação dos processos logísticos da assistência farmacêutica, imunização e outros insumos.	O projeto foi estruturado via Procedimento de Manifestação de Interesse (PMI) e encontra-se em fase de consulta pública.

Local	Projetos	Unidades	Escopo	Fase
Município de São Paulo	Modernização da Rede Hospitalar	Três novos hospitais; seis novos edifícios que substituirão os já existentes; três hospitais reformados e equipados; e quatro Centros de Diagnóstico por Imagem.	Execução dos projetos de arquitetura e engenharia, financiamento, construção, fornecimento de equipamentos e mobiliários, e prestação de serviços não assistenciais.	Após uma série de prorrogações, o Tribunal de Contas do Município de São Paulo determinou a suspensão do procedimento licitatório.
Município de Belo Horizonte	Hospital Metropolitano de Barreiro	12 salas de cirurgia e 439 leitos. A capacidade de atendimento será de 10 mil consultas especializadas, 1,4 mil internações e 700 cirurgias mensais.	Construção, fornecimento de equipamentos, manutenção e gestão dos serviços não assistenciais.	Consórcio vencedor da segunda fase da licitação foi o Novo Metropolitano S/A. O contrato foi assinado em março de 2012, com previsão de início de atividades em março de 2015.
Município de Belo Horizonte	Atenção Primária da Saúde	Uma unidade de Laboratório, uma Central de Esterilização de Materiais (CME) e 168 Unidades Básicas de Saúde.	Modernização, prestação de serviços não assistenciais de apoio e infraestrutura.	Em fase de reformulação de edital.

Local	Projetos	Unidades	Escopo	Fase
Distrito Federal	Hospital do Gama, Hospital de Base do DF e Usina de Exames e Central de Laudos	O Hospital do Gama terá 500 leitos, sendo 70 de UTI e será referência em emergência clínica, cardiologia e pneumologia. O Hospital de Base terá 13 andares com 150 leitos, sendo 50 de UTI. A Usina de Exames terá a capacidade de processar seis milhões de exames por ano e a Central de Laudos 1,44 milhão de imagens por ano.	Construção, fornecimento de infraestrutura, instalações, equipamentos, mobiliários clínicos e gestão não assistencial por um período de 20 anos.	Em 06 de Janeiro de 2014 a Comissão Especial de Licitação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal comunicou a suspensão da licitação.
Município de Manaus	Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF	160 Unidades Básicas de Saúde da Família.	Construção de 107 UBSF e a manutenção de 53 em funcionamento. Além de prestação de serviço de manutenção de equipamentos médicos e odontológicos.	O consórcio declarado vencedor da concorrência pública em maio de 2012 foi Magi Clean Administradora de Serviços Ltda e SH Engenharia e Construção Ltda. Em fevereiro de 2014, a Secretaria de Saúde de Manaus (SEMSA) informou que analisa a conveniência e oportunidade de promover a extinção do contrato de PPP.

Local	Projetos	Unidades	Escopo	Fase
Estado do Amazonas	Hospital da Zona Norte de Manaus	Voltado para procedimentos de alta complexidade, o hospital terá 300 leitos, 12 consultórios ambulatoriais, 7 consultórios de pronto-socorro e 11 salas cirúrgicas.	Construção e equipagem do hospital, além da gestão não assistencial.	Contrato assinado em abril de 2013 com o consorcio Zona Norte Engenharia, Manutenção e Gestão de Serviço S.A. Encontra-se em fase de construção, com prazo de 21 meses para começar a operar.
Estado do Ceará	Hospital Regional Metropolitano	Hospital geral de urgência e emergência, com perfil de assistência em alta complexidade. Serão 14 pavimento com 432 leitos	Construção, fornecimento de equipamentos, manutenção e gestão dos serviços não assistenciais	Edital de licitação foi publicado dia 21 de fevereiro de 2014. Em junho de 2014 ainda não tinha ocorrido a concorrência internacional.
Estado do Rio de Janeiro	Complexos Hospitalares	7 hospitais; Rio Imagem 2 - Niterói; e SAUTEC - Centro de Pesquisa e Inovação na Saúde.	Construção e manutenção predial e de conforto ambiental.	Publicou edital para Manifestação de Interesse da Iniciativa Privada em março de 2012. Prorrogou o prazo algumas vezes. Até junho de 2014 o processo encontrava-se parado.

Local	Projetos	Unidades	Escopo	Fase
Estado do Mato Grosso	Hospital Infantil de Mato Grosso	Hospital Infantil de Mato Grosso	Finalização da obra dos prédios já existentes e implantação de novos blocos; construção de prédios anexos para Centro de Diagnóstico; equipagem; e prestação dos serviços não clínicos.	Encerrou em 16 de setembro de 2012 a fase de consulta pública. Até junho de 2014 o projeto encontrava-se suspenso.
Estado do Espírito Santo	Hospital Estadual Infantil	Especializado de média e alta complexidade em pediatria; ambulatório de especialidades; imagenologia; centro cirúrgico; pronto socorro e emergência.	Elaboração de projetos, dimensionamento de obras, provimento de estrutura física, especificação, aquisição e instalação de equipamentos e mobiliário, provimento de recursos humanos dos serviços não assistenciais.	Em abril de 2013 foi publicado PMI para a estruturação de hospital infantil. Até junho de 2014 não foi dado andamento ao estudo.
Estado do Rio Grande do Norte	Hospital de Trauma de Natal	282 leitos, uma unidade de atendimento emergencial com 54 postos de atendimento, leitos de observação clínica e para medicação e com possibilidade de expansão ao longo dos anos.	Construção e administração dos serviços não assistenciais	Estudos elaborados pela Andrade Gutierrez foram apresentados em dezembro de 2012. Em abril de 2013 ocorreu a audiência pública. Até junho de 2014 não houve licitação.

Local	Projetos	Unidades	Escopo	Fase
Estado de Rondônia	Hospital Estadual de Urgência e Emergência de Rondônia (HEURO)	268 leitos para internação, dos quais 45 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de seis salas de cirurgias em funcionamento 24 horas por dia, dois tomógrafos, duas salas de raio X.	Construção, equipamentos e gestão não assistencial.	O projeto foi estruturado via PMI, publicado no segundo semestre de 2012. A consulta pública ocorreu em fevereiro de 2014. A publicação do edital foi na Bolsa de Valores de São Paulo (BM&FBovespa) em junho de 2014.
Federal - Exército	Complexos de Saúde do Exército Brasileiro (PPP-HOSPMIL)	Na primeira fase serão os Complexos de Saúde nas Guarnições de Manaus e de Brasília. Posteriormente, poderão ser propostos novos projetos de Complexos de Saúde visando à substituição ou modernização dos já existentes ou em novos locais em função das necessidades estratégicas, operativas ou até mesmo assistenciais.	Projetar, construir, financiar, operar (de acordo com a proposta da modelagem).	Em 7 de março de 2014 foi aprova a diretriz para planejamento da parceria público-privada do Projeto de Complexos de Saúde do Exército Brasileiro.

Fonte: elaboração própria.

O levantamento, encerrado em junho de 2014, mostrou a existência de 19 projetos de PPP em saúde, concluídos ou em fase de estudo. Quanto à esfera administrativa, são 13 projetos estaduais, 4 municipais, 1 federal (Exército Brasileiro) e outro no Distrito Federal. Esse maior número de projetos estaduais está relacionado também ao fato de dois estados (Bahia e São Paulo) possuírem três projetos cada. Existe uma expectativa de ampliação de PPP na saúde na esfera municipal, devido às Manifestação de Interesse da Iniciativa Privada (MIP) publicadas.

Os projetos envolvem um total de: 35 hospitais, 328 Unidades Básicas de Saúde, 7 Centrais de Diagnóstico por Imagem, 1 Laboratório Clínico, 1 Centro Médico de Especialidades, 1 Central de Esterilização de Materiais, 1 Logística de Medicamentos e 1 Indústria Farmacêutica (FURP). No entanto, se analisarmos individualmente os projetos, dos 19 em estudo, 14 são de hospitais. O número elevado de Unidades Básicas é explicado pelo fato de um único projeto incluir 168 unidades (Belo Horizonte) e outro, 160 (Manaus). Muitos gestores públicos não consideram válida a elaboração de PPP para unidades básicas de saúde por considerarem baixo o investimento requerido.

Conforme a Lei 11.079/04, uma PPP deve ter a duração mínima de 5 e máxima de 35 anos. O tempo médio dos projetos da saúde estudados é de 19 anos e 6 meses, variando de 8 a 35 anos, conforme tabela a seguir:

Tabela 7. Prazo de vigência dos contratos analisados

	Projetos	Vigência do contrato
Bahia	Hospital do Subúrbio	10 anos
Bahia	Instituto Couto Maia	21 anos e 4 meses
Bahia	Central de Diagnóstico por Imagem	11 anos e 6 meses
Estado de São Paulo	Complexos Hospitalares	20 anos
Estado de São Paulo	Fundação para o Remédio Popular 'Chopin Tavares de Lima' - FURP	25 anos
Estado de São Paulo	Logística de Medicamentos	20 anos
Município de São Paulo	Modernização da Rede Hospitalar	15 anos
Belo Horizonte	Hospital Metropolitano de Barreiro	20 anos
Belo Horizonte	Atenção Primária da Saúde	20 anos
Distrito Federal	Hospital do Gama, Hospital de Base do DF e Usina de Exames e Central de Laudos	20 anos
Manaus	Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF	8 anos
Amazonas	Hospital da Zona Norte de Manaus	20 anos
Ceará	Hospital Regional Metropolitano	25 anos
Estado do Rio de Janeiro	Complexos Hospitalares	22 anos
Mato Grosso	Hospital Infantil de Mato Grosso	27 anos
Espirito Santo	Hospital Estadual Infantil	35 anos
Rio Grande do Norte	Hospital de Trauma de Natal	20 anos
Rondônia	Hospital Estadual de Urgência e Emergência de Rondônia (HEURO)	15 anos
Federal - Exército	Complexos de Saúde do Exército Brasileiro (PPP-HOSPMIL)	não informado

Fonte: elaborada pela autora com base nos editais e contratos.

O prazo de vigência de um contrato deve ser compatível com a amortização dos investimentos realizados. Nas consultas públicas sempre é questionada a possibilidade de ampliação desses prazos, mas é preciso levar em consideração a complexidade das unidades e se o escopo do projeto inclui construção das unidades e compra de

equipamentos. Na relação de projetos estudados, a menor duração de contrato é do projeto de Unidades Básicas de Saúde da Família de Manaus, onde o investimento foi menor que nos projetos de hospitais. No entanto, alguns gestores têm a preocupação em não definir prazos muito longos, como ocorreu no Hospital do Subúrbio, onde os membros do Comitê Gestor da PPP afirmaram que *“mais de 10 anos seria um compromisso de muito longo prazo para um projeto tão novo”*.

Em junho de 2014, os projetos encontravam-se em diversas etapas do processo de proposição/contratação. Apenas uma PPP já estava em funcionamento (Hospital do Subúrbio – Bahia) e sete projetos encontravam-se licitados e contratados (ICOM e Central de Diagnóstico por Imagem – Bahia, Complexos Hospitalares e FURP – Estado de São Paulo, Hospital Metropolitano de Barreiro – Belo Horizonte, Unidades Básicas de Saúde da Família – Manaus e Hospital de Zona Norte de Manaus – Amazonas). Os demais estavam ou em fase de estudo ou suspensos.

A ampliação da utilização de PPP na saúde no Brasil depende da maturação, não apenas do setor público, mas também do setor privado. Muitos recursos são empregados quando da realização dos estudos de viabilidade de uma PPP. O fato de 7 projetos terem sido suspensos na fase de consulta pública é um indicador que precisa ser melhor compreendido, principalmente, para evitar que do ponto de vista da iniciativa privada cresça um sentimento de descrença em relação ao modelo, e do ponto de vista do setor público, gere desestímulos para que gestores considerem as PPPs para implementar políticas e empregar recursos públicos.

Pode-se notar uso intenso do Procedimento de Manifestação de Interesse (PMI) no setor saúde no Brasil. A maioria dos projetos estudados foi estruturada por consultores externos ou empresas interessadas em disputar futuros contratos de concessão. Essa metodologia é essencial para que o setor público possa compor e publicar os editais de licitação de contratos de concessão. As construtoras financiam mais de 90% dos PMIs do setor saúde: *“é quem tem fôlego e prioridade para capitanear esses projetos”*. Além, de ter experiência em realizar contratos com o setor público. O PMI é financiado pelo

ganhador da licitação. É um risco que a empresa corre e que precisa ser considerado, porque a taxa de sucesso dos PMI é baixa.

No entanto, algumas críticas ao uso de PMI estão presentes. A primeira diz respeito ao fato de o setor público não saber direito o que precisa nem o que espera do projeto no Chamamento Público: “*varia muito, mas tem gestor que quer fazer uma PPP de hospital e não sabe nem a especialidade...*”. A segunda crítica, diz respeito ao fato de o setor privado fazer todo o projeto sozinho sem poder interagir com a administração pública devido a regulamentações como a do estado de São Paulo. A terceira crítica, está relacionada com a dificuldade do setor público, após receber muitos projetos, diferentes uns dos outros, escolher e compor o edital: “*por isso muitos projetos param nessa fase*”. Outro fator apontado nas entrevistas, principalmente pelos consultores, é o fato da empresa que elaborou a PMI poder participar da licitação: “*elas tem vantagens por incluir no projeto itens que interessam a elas*”. As empresas que elaboram PMI apontam que “*quem constrói PMI constrói para ser um participante natural da licitação*”.

A seguir serão analisados de forma mais detalhada os projetos que, em junho de 2014, estavam em fase mais avançada de implantação (em consulta pública, com licitação agendada, já licitados ou suspensos na fase de licitação). Foram consideradas informações obtidas por meio de documentos oficiais e entrevistas com *stakeholders* que participaram da elaboração dos projetos (setor público ou privado na forma de PMI) e/ou deram assessoria jurídica ou técnica tanto ao setor público quanto ao privado na elaboração dos projetos.

5.2.1. Hospital do Subúrbio (HS) – Bahia

Trata-se do primeiro hospital público no Brasil a funcionar por meio de Parceria Público-Privada (PPP)¹⁴. No início de 2009, o Comitê Executivo de PPP da Bahia deu parecer favorável ao projeto do Hospital do Subúrbio e autorizou o início dos estudos.

¹⁴ <http://www1.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio/docs.html>

O Programa de Fomento à Participação Privada em Infraestrutura (PFPP), uma parceria entre o BNDES, o IFC (International Finance Corporation) e o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), liderou a consultoria ao Governo do Estado da Bahia para a estruturação do projeto.

A consulta pública foi realizada no período de 13 de outubro a 12 de novembro de 2009 e a audiência pública em 27 de outubro de 2009. Não houve nenhuma impugnação do projeto, e a sessão pública de leilão ocorreu na BM&FBOVESPA, em 12 de março de 2010. O HS foi inaugurado no dia 13 de setembro de 2010. O período entre o início da elaboração do projeto e a inauguração do hospital foi de aproximadamente 13 meses. Esse curto tempo chama atenção, por se tratar de um projeto pioneiro e complexo. (CARRERA, 2012)

Dois consórcios concorreram nesse processo: o Consórcio Prodal Saúde S.A., composto pelas empresas Promédica Patrimonial S.A. e Dalkia Brasil S.A. (atualmente denominada Vivante) e o Consórcio Salvador Saúde, composto pelo Grupo Vita e pelo Grupo Facility. O Consórcio Salvador Saúde foi desclassificado devido a sua proposta econômica ser superior ao teto definido em edital. Isso causou estranheza pois, mesmo sabendo das regras publicadas em edital, apresentou uma proposta irregular. O Consórcio Prodal, constituído na forma de Sociedade de Propósito Específico (SPE), foi declarado vencedor da licitação, com nota técnica máxima e a proposta financeira no valor máximo de contraprestação anual permitida – R\$ 103.500.000,00.

A precificação do projeto, para equipagem do hospital, gestão clínica e não clínica, foi construída com base em estudos financeiros realizados pelo IFC e pela Secretaria da Fazenda do estado da Bahia. Foi feito um agrupamento de itens relativos ao custeio da unidade (recursos humanos, materiais, utilidade pública, tributos, etc) e ao investimento em equipamentos. Para demonstrar o melhor *Value for Money*, a SESAB informou que foi realizada comparação com custos do Hospital Geral do Estado – hospital de urgência e emergência sob gestão direta do estado.

A equipe do BNDES entrevistada aponta que os governos tendem a minimizar o valor máximo de contraprestação para mostrar à população que estão fazendo o projeto a um custo baixo. E acrescenta dizendo que *“algumas empresas ganham um leilão com uma proposta bem agressiva e já começam a contratar advogados para saber como eles vão pedir os equilíbrios econômico-financeiros.”* Informa ainda que as concessionárias procuram lacunas no contrato para provar que houve desequilíbrio causado por um risco que não era de responsabilidade deles. Acrescentaram a informação de que *“no caso do Hospital do Subúrbio, o estado não estava preparado pra que isso acontecesse”*. Ou seja, a uma proposta agressiva, podem estar associados altos custos transacionais não previstos.

O contrato não contemplava a execução do fluxo de caixa marginal, cuja lógica é reequilibrar as contas somente do evento que causou o desequilíbrio e não de todo o projeto. Com isso, nos primeiros anos, praticamente em todos os trimestres houve solicitação de reequilíbrio econômico-financeiro: *“somente depois de algum tempo que o estado conseguiu desenvolver um plano de negócio que foi a base para fazer o reequilíbrio por fluxo de caixa marginal”*. No entanto, esses valores não estão publicados, não sendo possível saber o total que o projeto do HS está custando para o estado.

Conforme dados da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia¹⁵, *“em 23/03/2012 foi celebrado aditivo para reequilíbrio econômico financeiro do contrato, com ampliação de 25% no número total de leitos da unidade e aumento de 20 leitos de UTI”*. A contraprestação mensal, a partir de fevereiro de 2014, é de R\$ 13.453.043,27. Isso representa um reajuste real de 25,3% no período de 2010 (assinatura do contrato) a 2014.

¹⁵ http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm

Tabela 8. Contraprestações do HS

DESPESAS DE PPP	2012	2013	2014	2015
Contrato nº 30/2010 - Hospital do Subúrbio	135.583.828,89	150.712.759,75	160.607.855,00	161.436.519,24

Fonte: Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia

Uma das lições a serem aprendidas com a PPP do Hospital do Subúrbio, três anos depois, é que o Estado precisa estar preparado para o reequilíbrio econômico-financeiro desde o dia inicial do contrato. Segundo a equipe do BNDES, a necessidade desse reequilíbrio pode acontecer a qualquer momento, como no HS: *“ele é complexo, demanda uma análise profunda, além de ser ruim para os dois lados”*.

A duração do contrato é de 10 anos. Durante a consulta pública¹⁶ esse prazo foi questionado. Na opinião dos interessados, seria difícil conseguir investidores para o projeto com um prazo tão curto. Eles comunicaram que *“a sugestão de conforto para os investidores é de 20 anos, e que abaixo de 15 anos seria difícil a composição de uma boa Sociedade de Propósito Específico”*. A comissão não acolheu a sugestão de mudança. Não é possível definir se esse foi o fator principal, mas com certeza influenciou no pequeno número de parceiros privados interessados no projeto.

O edital prevê que além da produção (peso 70%), os indicadores de qualidade sejam usados na apuração da parte variável do contrato (peso 30%). Essa composição de critério de pagamento também foi questionada na fase de consulta pública. Os privados interessados em participar da concorrência sugeriram a mudança para 10% (qualidade) e 90% (produção), como ocorre nos contratos de gestão das Organizações Sociais. No entanto, essa sugestão não foi acatada pelo estado, que considerava a gestão da qualidade muito importante para o sucesso desse projeto.

A modelagem do edital e do contrato trouxe também várias especificidades do setor saúde (indicadores, apuração de resultados clínicos, avaliação de qualidade). Foi

¹⁶ http://www1.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio/docs/ConsultaPública_Respostas.pdf

estabelecido que o hospital deveria ser acreditado num prazo de 12 meses. Porém, depois da audiência pública, ouvindo as instituições interessadas que já tinham experiência nesse processo, a comissão do estado alterou esse prazo para 24 meses. Em 2012, com 2 anos de funcionamento, o HS recebeu o certificado de Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo o único hospital público no estado, e um dos poucos no país, acreditado.

A alocação de riscos foi definida em contrato como sendo integralmente da concessionária. As exceções colocadas foram: decisão judicial ou administrativa que impeça a concessionária de prestar os serviços; descumprimento, pelo Poder Concedente, de suas obrigações contratuais ou regulamentares; fatores imprevisíveis de consequências incalculáveis ou casos de força maior que não possam ser objeto de cobertura de seguros; alteração de encargos; alterações na legislação ou tributos que alterem a composição econômico-financeira da concessionária; e omissão ou falhas na regulação ou funcionamento da rede de saúde pública, em especial quanto à remoção e transferência de usuários do hospital, que comprometam o atingimento dos indicadores quantitativos e dos indicadores de desempenho da concessão.

O hospital inaugurado em setembro de 2010 contava com 268 leitos, sendo 208 em enfermarias (64 de internação pediátrica e 144 para adultos) e 60 de terapia intensiva, (10 leitos de UTI pediátrica, 30 de UTI adulto e 20 de terapia semi-intensiva), além de atendimento de urgência e emergência e apoio diagnóstico (laboratório de análises clínicas, radiologia digital, tomografia, ultrassonografia, ecocardiografia, endoscopia digestiva e respiratória, ressonância magnética). Existia uma previsão contratual de um primeiro trimestre com 50% de operação, seguido de um trimestre com 80% e depois, no final do 3º trimestre, operação total com taxa de ocupação de 90%. No entanto, conforme informação dos gestores, “*a emergência do hospital ficou lotada desde o primeiro dia*”. Por isso, foi necessária uma ampliação e adequação dos leitos. Em junho de 2014 o HS chegou a 330 leitos (de uma capacidade planejada de 268). Mensalmente¹⁷, cerca de 16 mil pessoas são atendidas no Ambulatório e 15 mil

¹⁷ http://www.saude.ba.gov.br/hs/index.php?option=com_content&view=article&id=159&Itemid=348

pessoas no Pronto Socorro do hospital. São 65 mil procedimentos mensais de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e aproximadamente 27 cirurgias realizadas diariamente, sendo 80% de casos de urgência e emergência, frente a uma produção esperada de 7 mil pessoas no Ambulatório, 4 mil no Pronto Socorro e 29 mil procedimentos mensais de SADT.

Para a equipe do BNDES a previsão de demanda na área da saúde é muito difícil. *“No caso desse projeto, não se previu demanda, foi construída uma oferta e previu uma taxa de ocupação”*. A equipe acrescenta apontando que houve pouco tempo para trabalhar na preparação do projeto: *“não houve um estudo para entender a demanda daquela região, até porque seria muito complicado”*.

O estudo da demanda de serviços de saúde tem aspectos muito específicos, segundo as diferentes interpretações, tais como: a prioridade dada à saúde pela população; a capacidade de um serviço novo gerar demanda (lei de Roemer); a responsabilidade de exercer demanda (consumidores, prestadores, governo). (ROEMER, 1961) No entanto, vale ressaltar que o conceito de demanda diverge do conceito de necessidade. Enquanto o primeiro está centrado na liberdade e autonomia de escolha do consumidor, segundo suas próprias preferências, o conceito de necessidade é uma definição exógena feita por um *expert*. (ZUCCHI, ET AL, 2000; ANDRADE, ET AL, 2011)

Na região do Subúrbio Ferroviário de Salvador a atenção básica é muito desestruturada. Além disso, logo após a inauguração do HS em 2010, o único hospital da região diminuiu o atendimento, sendo hoje apenas referência para maternidade e pediatria. Assim, o Hospital do Subúrbio além de atender a demanda reprimida da região, criou outra, a partir da oferta de serviços.

Os indicadores qualitativos de 2013 e do primeiro trimestre de 2014¹⁸ apontam o não cumprimento de metas de dois indicadores – Taxa de Mortalidade Institucional e Taxa

¹⁸ http://www.prodalsaude.com.br/?page_id=140

de Mortalidade de Clientes com Sepsis. O primeiro indicador mede a mortalidade ocorrida até 24 horas após a internação hospitalar. O não cumprimento da meta, certamente depende de *case mix* e da própria natureza do hospital, que atende a urgências e emergências clínicas e cirúrgicas de média e alta complexidade. A sepsis é a principal causa de morte nas UTIs e uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia.

Apesar dos indicadores quantitativos e qualitativos do hospital estarem publicados no *site* da instituição, não é possível saber se houve justificativa ou se o parceiro privado foi penalizado. Logo, a transparência que o edital e o contrato previam está sendo cumprida parcialmente, pois não está sendo divulgado o tratamento dado ao não cumprimento de metas. A equipe da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia informou que, devido à troca dos integrantes da comissão de acompanhamento do contrato, a verificação dos indicadores qualitativos está defasada: “*os dados qualitativos são os que têm mais defasagem, porque os quantitativos são automáticos*”. Isso é preocupante, porque o pagamento está sendo realizado com base na contraprestação mensal máxima, sem descontos. A SESAB informou que caso haja alguma irregularidade, a diferença tem sido cobrada posteriormente da Prodal.

Outro fator relacionado a *accountability* é o controle social. A comunidade, por meio dos líderes comunitários, tem contato com a equipe gestora do HS e com o serviço social. No entanto, eles reclamam por não terem feito parte da discussão de elaboração e implantação do hospital, nem participam de nenhum conselho administrativo ou comitê da instituição.

Os controles e auditorias do contrato são realizados pela Auditoria Geral do Estado, vinculada à Sefaz; pela Auditoria do SUS-BA, vinculada à Sesab e por uma empresa de auditoria externa selecionada pela Secretaria da Saúde; além dos órgãos de fiscalização do estado da Bahia, como o Tribunal de Contas. A auditoria independente contratada para esse projeto é a Deloitte. Ela é responsável por verificar os dados

quantitativos e qualitativos fornecidos pela concessionária e encaminhar para a Comissão de Acompanhamento de Contratos da SESAB.

Apesar dos questionamentos apontados, este é um projeto pioneiro ousado e que atingiu resultados reconhecidos. Nos três anos de funcionamento, o Hospital do Subúrbio recebeu vários prêmios: do IFC/Banco Mundial e o Infrastructure Journal (plataforma internacional do setor de infraestrutura), por estar entre os dez melhores projetos de PPP de inserção junto a comunidades carentes na região da América Latina e Caribe; da Consultoria KPMG (prestador de serviço nas áreas de auditoria e estratégia), por ser um dos dez melhores projetos de investimento em saúde no mundo; e da revista World Finance, por ser um dos melhores projetos de PPP na América Latina.

5.2.2. Instituto Couto Maia – Bahia

Para a elaboração desse segundo projeto de concessão administrativa da saúde do estado da Bahia, a equipe informou que utilizou, além da experiência da elaboração do projeto do Hospital do Subúrbio, documentos das PPP de Belo Horizonte – Hospital Metropolitano de Barreiro e Atenção Primária da Saúde. Não foi contratada consultoria técnica externa.

O Instituto Couto Maia (ICOM) deve substituir dois hospitais: o antigo Hospital Couto Maia e o Hospital D. Rodrigo de Menezes, que atualmente atende pacientes ambulatoriais com hanseníase. O objeto de contrato envolve construção; fornecimento, instalação, manutenção e reposição de equipamentos e mobiliário hospitalares e administrativos; e operação de serviços não assistenciais do Instituto, por um prazo de 21 (vinte e um) anos e 4 (quatro) meses.

Trata-se de um centro especializado¹⁹ em doenças infecciosas com atendimento à urgência, assistência ambulatorial e 155 leitos de internação – 65 para adultos, 25

¹⁹ <http://www.saude.ba.gov.br/ppp/icom/>

pediátricos, 20 de isolamento para adultos, 10 pediátricos de isolamento, 5 de hospital dia, 10 de semi intensiva para adultos, 10 de UTI pediátrica e 10 para adultos. O ICOM possui também: Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE); Agência Transfusional; Serviço de Reabilitação; e Serviço de Apoio Diagnóstico (radiologia convencional, ultrassonografia, tomografia computadorizada, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, eletroencefalografia; patologia clínica, laboratório de análises clínicas).

A audiência pública foi realizada em 12 de novembro de 2012 e a consulta pública ocorreu no período de 25 de outubro de 2012 a 06 de dezembro de 2012. A sessão pública na BM&FBOVSPA ocorreu em 21 de janeiro de 2013. O critério de julgamento foi o de menor preço, com a contraprestação anual máxima definida em R\$42.180.326,00 (quarenta e dois milhões, cento e oitenta mil e trezentos e vinte e seis reais). A Concessionária Consórcio Couto Maia (Couto Maia Construção e Serviços não Clínicos S/A) foi a vencedora da licitação e tem, a partir da data da assinatura do contrato (20 de maio de 2013), o prazo máximo de 14 (quatorze) meses para concluir as obras.

Apesar do primeiro projeto de PPP da saúde da Bahia, Hospital do Suburbio, ser bata branca, o ICOM foi definido como bata cinza. Na avaliação do então Secretário da Saúde: *“é reconhecida a capacitação e excelente qualificação das equipes clínicas do Hospital Couto Maia e a unidade possui indicadores de assistência dentro dos padrões aceitos internacionalmente”*. No entanto, segundo a equipe da SESAB, esse não foi o único critério usado na definição do escopo do projeto: *“com a inclusão dos serviços assistenciais a contraprestação seria muito maior, dificultando a aprovação do projeto no Comitê Gestor de PPP da Bahia”*.

Um ponto importante do contrato em relação ao investimento diz respeito à incorporação da inovação tecnológica: *“... no curso da execução do contrato, reduza ou incremente o valor dos investimentos, custos ou despesas projetadas pela concessionária poderá dar ensejo à recomposição do equilíbrio econômico-financeiro*

da concessão”. Outra questão relevante é a substituição dos equipamentos em função de sua vida útil: *“uma vez transcorrida a vida útil dos bens da concessão, a concessionária deverá proceder à sua substituição por bem de qualidade igual ou superior, observada a obrigatoriedade de continuidade da prestação dos serviços e as disposições contidas no Caderno de Especificações aprovado”*. Isso garante que ao final do contrato os equipamentos não estejam obsoletos.

As normas que regulam a prestação dos serviços não assistenciais, conforme o edital, seguem o Índice de Desempenho (ID), que retrata a entrega e a disponibilidade da infraestrutura e serviços para o adequado atendimento aos usuários:

Índice de Desempenho ($ID = 40\% \times IQ + 25\% \times IC + 35\% \times IDP$)

ID = Índice de Desempenho

IQ = Índice de Qualidade

IC = Índice de Conformidade

IDP = Índice de Disponibilidade

A avaliação da disponibilidade é feita em relação a quatro dimensões. Para cada uma, foram definidos indicadores específicos, que devem ser mensurados periodicamente: disponibilidade de utilidades (DU) – energia, água, ar comprimido e vácuo; disponibilidade de estruturas gerais (DE) – infraestrutura predial e de equipamentos; disponibilidade para atendimento (DA) – leitos de atendimento aos pacientes; disponibilidade tecnologia da informação e comunicação (DT) – *hardware* e *software*.

O Índice de Qualidade (IQ) foi elaborado para retratar o grau de satisfação dos usuários (internos e externos) com a qualidade das instalações e serviços não assistenciais. O IQ está baseado na apuração quantitativa do índice técnico de qualidade e por meio de pesquisas de satisfação.

O Índice de Conformidade (IC) foi elaborado para retratar a conformidade dos serviços não assistenciais às obrigações e normas a serem cumpridas. Ele é obtido por meio da apresentação de relatórios gerenciais de todas as categorias de serviços, indicando:

plano de trabalho, atividades desempenhadas, ocorrências, tratamento de falhas e incidentes, lições aprendidas, nível de serviço (painel de controle) desempenhado e ações de melhoria.

O Relatório de Desempenho e todas as informações nele contidas passarão por um processo de verificação a ser conduzido por uma terceira parte – verificador independente. Após o processo de verificação, o Índice de Desempenho será usado para realizar os ajustes necessários ao valor da contraprestação mensal.

A seguir, o cálculo da contraprestação:

$$\text{CME} = (60\% \times \text{CMM}) + (30\% \times \text{FD} + 10\% \times \text{TO} \times \text{FD}) \times \text{CMM}$$

Onde CMM é a contraprestação mensal máxima; TO é a Taxa de Ocupação correspondente à média aritmética de ocupação da unidade hospitalar apurada no trimestre; FD é o fator de desempenho da concessionária calculado com base no índice de desempenho apurado no trimestre.

Foi questionado na consulta pública se haveria algum pagamento antecipado para o CAPEX. A comissão informou que o estado não faria qualquer aporte financeiro antes do início das atividades do ICOM.

Considerando que a parte mais relevante dos investimentos está ligada à construção da unidade hospitalar – investimentos (CAPEX) de aproximadamente R\$ 75 milhões e custos/despesas (OPEX) anuais de R\$ 17,3 milhões, foi questionado na consulta pública a exigência de que *“a empresa líder do consórcio deverá ser, necessariamente, aquela cujo objeto social é a gestão hospitalar ou prestação de serviços do tipo facilities”*. A comissão do estado explicou que embora a parte mais relevante dos investimentos seja a construção, o objeto precípua da concessão é a prestação dos serviços não clínicos, durante 20 anos. Nesse sentido, na opinião deles, é importante considerar que o cerne da concessão é a prestação dos serviços. Com isso, *“pretende-se que a operadora tenha um papel preponderante no âmbito do consórcio”*.

Outra preocupação dos consórcios interessados no projeto na consulta pública foi o Fundo Garantidor. A comissão informou que o mecanismo de garantia constituído para este projeto seria o mesmo aplicado nas concessões do Hospital do Subúrbio e Arena Fonte Nova: vinculação de recursos do FPE para pagamento das contraprestações, conforme estabelece a lei 11.477/2009.

Está prevista revisão ordinária após os primeiros 12 (doze) meses de funcionamento, além de revisões a cada 5 (cinco) anos da operação da concessão. Em contrato consta que as revisões extraordinárias da contraprestação anual somente poderão sofrer aumentos ou reduções em decorrência de recomposição do equilíbrio econômico-financeiro, mediante análise do fluxo de caixa marginal. As hipóteses de cabimento, procedimento aplicável, critérios e princípios estão estabelecidos na cláusula de repartição de riscos do contrato: fatores imprevisíveis, fatores previsíveis de consequências incalculáveis, ou ainda caso fortuito ou evento de força maior; imperícia ou falhas na prestação dos serviços clínicos causadas por integrantes do corpo clínico contratado pelo poder concedente, abrangendo a responsabilidade civil e criminal por conta de erro médico; excesso de demanda, assim considerada quando apurada a taxa de ocupação hospitalar.

Além de questões financeiras, aspectos qualitativos de *Value for Money* foram apresentados na Consulta Pública²⁰ do projeto: contratação integrada; baixo risco de solução de continuidade dos serviços; longevidade da contratação; redução dos custos transacionais ao longo dos 22 anos da concessão; gestão por resultados, mediante aferição de indicadores técnicos; exigência de padrões mais elevados de governança; transferência do investimento para o operador; transferência de riscos ao privado; atração de operadores qualificados; aumento da capacidade de captação de recursos; incentivo ao cumprimento dos prazos estabelecidos.

²⁰ <http://www.saude.ba.gov.br/ppp/icom/>

5.2.3. Central de Diagnóstico por Imagem – Bahia

Trata-se de projeto²¹ de concessão administrativa para: construção, reforma, adaptação, manutenção e conservação das instalações; fornecimento, conservação, manutenção e atualização dos equipamentos de imagem e dos equipamentos médicos; implantação, manutenção e atualização dos sistemas de informação; gestão e operação dos serviços. Os exames contemplados nesse projeto são: Radiologia Convencional, Mamografia, Densitometria Óssea, Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RMN). O projeto prevê a prestação de serviços de telemedicina, diagnóstico e bioimagem em 12 hospitais da rede própria do Estado da Bahia.

Tabela 9. Hospitais do projeto – Central de Diagnóstico por Imagem

Unidade de Saúde	Município
Hospital Ernesto Simões	Salvador
Hospital Geral de Camaçari	Camaçari
Hospital Menandro de Faria	Lauro de Freitas
Hospital Otávio Mangabeira	Salvador
Hospital Regional de Guanambi	Guanambi
Hospital Geral de Vitória da Conquista	Vitória da Conquista
Hospital Roberto Santos	Salvador
Hospital Prado Valadares	Jequié
Hospital Luis Viana Filho	Ilhéus
Hospital Geral do Estado	Salvador
CICAN	Salvador
Instituto Couto Maia	Salvador
Central de Imagem	Salvador

Fonte: SESAB

A elaboração do projeto foi realizada por meio de convênio técnico com o IFC, *World Bank* e BNDES. A audiência pública²² ocorreu em Salvador em 5 de junho de 2013 e o período de consulta pública foi de 20 de maio a 20 de junho de 2013. As unidades de saúde relacionadas a esse projeto ficaram à disposição dos interessados para visita

²¹ <http://www.saude.ba.gov.br/ppp/imagem/>

²² http://www.saude.ba.gov.br/ppp/imagem/images/stories/documentos/licitacao/AVISO_ADIAMENTO.pdf

técnica. A sessão pública estava agendada para dia 17 de fevereiro de 2014, mas foi adiada no dia 13 do mesmo mês pela comissão de outorga por considerar “a possibilidade de ampliar o universo concorrencial”

No dia 14 de fevereiro de 2014 a Justiça Estadual da Bahia determinou a suspensão da licitação em decorrência de Mandado de Segurança impetrado pela MV Sistemas Ltda., uma das empresas interessadas na PPP²³. Após revogada a medida liminar, uma vez que foram cumpridas as exigências, o aviso de concorrência pública informou que o recebimento dos volumes seria dia 15 de julho de 2014, seguido da sessão pública de abertura das garantias das propostas. Para 17 de julho de 2014 está prevista a sessão pública do leilão na BM&FBOVESPA²⁴.

Foram realizadas 69 solicitações de esclarecimento da consulta pública, a maioria referente a equipamentos e sistemas. Outros questionamentos estavam relacionados a fluxos de laudos de exames e licenças de funcionamento.

A consultoria técnica contratada pelo Banco Mundial para a elaboração do projeto informou em entrevista que a idéia inicial era incluir 40 hospitais: “*visitamos durante três meses 40 hospitais em toda a Bahia, olhando estrutura, equipamentos e necessidades*”. Em relação à demanda, propuseram um modelo em que os concessionários assumiriam o risco do aumento de atendimentos decorrente da demanda reprimida, o que aumentaria o valor do projeto. No entanto, o estado não concordou, preferiu definir uma contraprestação menor e renegociar quando necessário para não aumentar os valores iniciais do projeto.

Para o estado, a oportunidade para a implementação desse projeto foi: “*a demonstração dos benefícios para a saúde pública a um custo razoável*”. Eles demonstraram a demanda reprimida e a melhoria na qualidade dos serviços que esse

²³ <http://www.saude.ba.gov.br/ppp/imagem/images/stories/documentos/licitacao/comunicacorelevante.pdf>

²⁴

http://www.saude.ba.gov.br/ppp/imagem/images/stories/documentos/licitacao/DOE_REPUBLICAcao_EDITAL_BIOIMAGEM.pdf

projeto poderia promover. Num segundo momento, compararam o custo dos serviços na gestão PPP frente à gestão atual (administração direta). A consultoria técnica informou que foi muito difícil obter os dados para montar o Projeto Público de Referência: *“para o gestor público a transparência não interessa”*. No entanto, explica que essa não é uma característica apenas do Brasil, e que *“em todos os países obter dados confiáveis do setor público é muito difícil”*.

Trata-se de um projeto complexo, que envolve diversas unidades hospitalares na capital e no interior, em situações estruturais diferentes e com equipamentos em diversas condições de conservação. Além disso, por haver uma central de laudos na capital, é preciso garantir a existência de tecnologia de informação e comunicação adequada entre esta e as unidades hospitalares. No entanto, na audiência pública ficou evidente que o que torna esse projeto ainda mais complicado são os diversos interesses e interfaces envolvidos.

5.2.4. Complexos Hospitalares – Estado de São Paulo

A diretriz de governo do estado de São Paulo, conforme o gestor da SES entrevistado é *“estimular fortemente a análise da possibilidade de se adotar o modelo de PPP para diversas coisas”*. A carteira é muito grande, inclui saúde, metrô, rodovias, casas populares, piscinões, presídios, transporte ferroviário, etc. *“O governo resolveu adotar o modelo de PPP pra resolver boa parte das demandas de infraestrutura do estado e esse projeto está dentro do gabinete do Governador”*.

Em outubro de 2012 foi publicado o Chamamento Público nº 7/2012 "para desenvolvimento e apresentação, por eventuais agentes interessados da iniciativa privada, de estudos técnicos e modelagem do projeto de PPP de Complexos Hospitalares". Eram quatro hospitais: Hospital Estadual de São José dos Campos; Hospital Estadual de Sorocaba; Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher - HCRSM; e CERTOO – Centro de Reabilitação e Tratamento dos Olhos e Ouvidos (Complexo Hospital da Clinicas – USP). O chamamento público teve origem em função

de duas Manifestações de Interesse da Iniciativa Privada (MIP) apresentadas pelas empresas Mendes Júnior Trading & Engenharia S.A. e Lend Lease Construções Ltda.; e Construtora Norberto Odebrecht. Os estudos envolviam: projeto de engenharia/arquitetura; sistema integrado de gestão; transferência de tecnologia; modelo de remuneração da SPE; análise de viabilidade econômico-financeira; estimativas de custos e despesas; modelagem jurídico-institucional; monitoramento e avaliação. O estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional, contratou a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE para prestar assessoria na consolidação da modelagem PPP.

Em abril de 2013, a SES publicou no Diário Oficial que os estudos da Mendes Júnior foram aproveitados quase que integralmente (82,25%), de modo que a empresa será ressarcida pelo licitante vencedor em R\$ 4.112.500,00 e que apenas 2% dos estudos da Construtora Norberto Odebrecht S/A foram aproveitados, representando a quantia de R\$ 100.000,00. Conforme a equipe da SES: *“do estudo da Odebrecht nós usamos pouquíssima coisa, apenas alguma coisa na área jurídica que estava bem feita”*.

A partir daí o estado começou a trabalhar o edital e o contrato: *“do ponto de vista estratégico foi uma discussão longa”*. A primeira discussão foi em relação ao número de lotes. Primeiro se considerou um lote único, depois pensaram em três e por fim dois: um lote com o Hospital de Sorocaba, que é o maior de todos e o outro com o Hospital de São José e o Centro de Referência da Saúde da Mulher, um pouco menores.

O CERTOO (Centro de Reabilitação e Tratamento em Oftalmologia e Otorrinolaringologia) foi excluído do projeto: *“essa foi uma decisão tomada em comum acordo entre o Conselho Gestor aqui da SES e o pessoal do HC”*. Eles apontam que a equipe do HC-USP reconheceu que pela história e pela maneira como a equipe da USP enxerga esse tipo de parceria, dificilmente iria aceitar o consórcio como um parceiro: *“eles possuem um conselho deliberativo, composto pelos professores, muito forte e que resolvem o que querem”*. Como a relação de parceria na PPP não pode ser assim, a Secretaria resolveu retirar o CERTOO do projeto.

Em 19 de dezembro de 2013 foi publicado o edital de concorrência internacional²⁵ para contratação de concessão administrativa para a construção, fornecimento de equipamentos, manutenção e gestão dos serviços não assistenciais. Foi permitida a participação de empresas nacionais e estrangeiras, isoladamente ou reunidas em consórcio, sem limitação de participantes. O critério de julgamento definido foi o de menor valor da contraprestação a ser paga pela administração pública. A Audiência Pública foi realizada em São Paulo em 06 de maio de 2013 e a Consulta Pública ocorreu no período de 13 de Junho a 13 de Julho de 2013.

A SES optou por fazer a licitação com inversão de fases, deixando o envelope de preços por último. O primeiro, envelope A, era a parte de habilitação e de garantias. Quatro empresas foram para fase B, das certificações. O envelope C, de preços, foi aberto para dois lotes, com um mecanismo pelo qual se uma mesma empresa ganhasse os dois lotes, ela deveria ter um envelope D, com desconto.

Três licitantes foram habilitadas na concorrência: Consórcio Mendes Júnior/Planova/Gocil; Construcap – CCPS Engenharia e Comércio S.A.; e Odebrecht Participação e Investimentos S.A.. A Comissão Especial de Licitação da Secretaria da Saúde, conforme publicação oficial, inabilitou o Consórcio IBT/Carimex, uma vez que não atendeu as disposições do edital, em especial: os atestados técnicos não atenderam a exigência de área edificada; falta de identificação completa e clara de documentos; divergências de dados e valores de âmbito técnico; divergências entre a tradução juramentada e os documentos em língua espanhola; documentos que não estavam devidamente consularizados e não demonstravam autenticidade.

Os valores máximos das contraprestações mensais dos lotes 1 e 2 eram, respectivamente, R\$ 8.218.564,13 (oito milhões, duzentos e dezoito mil, quinhentos e sessenta e quatro reais e treze centavos) e R\$ 14.078.071,63 (quatorze milhões, setenta e oito mil e setenta e um reais e sessenta e três centavos). Para o lote 1, a

²⁵ <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/ppp-complexos-hospitalares/ppp-complexos-hospitalares>

Construcap apresentou o valor de R\$ 5.917.366,18 (cinco milhões, novecentos e dezessete mil, trezentos e sessenta e seis reais e dezoito centavos) e o Consórcio Mendes Júnior-Planova-Gocil apresentou o valor de R\$ 6.969.342,37 (seis milhões, novecentos e sessenta e nove mil, trezentos e quarenta e dois reais e trinta e sete centavos). Para o lote 2, a única proposta apresentada foi da Construcap. Como havia vencido o primeiro lote, o valor do envelope D (com desconto) foi de R\$ 11.684.799,45 (onze milhões, seiscentos e oitenta e quatro mil, setecentos e noventa e nove reais e quarenta e cinco centavos), sendo R\$ 4.841.795,64 (quatro milhões, oitocentos e quarenta e um mil, setecentos e noventa e cinco reais e sessenta e quatro centavos) para o Hospital de São José dos Campos e R\$ 6.843.003,81 (seis milhões, oitocentos e quarenta e três mil, três reais e oitenta e um centavos) para o Centro de Referência da Saúde da Mulher. Com isso, a Construcap – CCPS Engenharia e Comércio S.A. foi declarada vencedora dos dois lotes.

O primeiro quesito discutido na elaboração desse projeto foi a decisão por bata branca ou cinza. O gestor da SES informou que *“por questões de decisão política mesmo, não tínhamos dúvida que o modelo que nós queríamos era bata cinza.”* O Secretário da Saúde conversou com o Governador e foi considerado que começar um primeiro projeto de PPP passando a parte clínica para o parceiro privado, além de trazer críticas ideológicas (*“o estado terceirizou a saúde”*) seria um risco. No entanto, na visão da equipe da SES, esse é o caminho natural: *“a coisa vai andando naturalmente nesse sentido, caminhando para no futuro passar o pacote inteiro”*.

Nesse projeto foi decidido que a gestão clínica será realizada por Organização Social: *“nós temos há mais de 12 anos aqui em São Paulo o sistema OS, com resultados muito bons”*. No entanto, eles demonstram a preocupação de ter sob o mesmo teto uma entidade que não tem finalidade lucrativa e uma outra que está entrando nesse negócio para obter lucro. Por isso, será implantado um Comitê de Interface com a participação da OS e do consórcio da PPP, com representação em partes iguais para não haver supremacia de uma parte sobre a outra. Informam que a SES vai funcionar como instância de recurso: *“quando tiver algum tipo de litígio nós entramos”*.

O acompanhamento e controle desses contratos será feito por um comitê que, segundo a equipe da SES, terá como integrantes: o coordenador de Saúde, o coordenador da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (realiza a gestão e o controle administrativo e financeiro dos contratos e convênios), o coordenador da Coordenadoria de Serviços de Saúde (onde está vinculado o Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher), um representante da área financeira, da Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Finanças e um representante da área jurídica.

Na fase de consulta pública, foram apresentados 78 questionamentos. Primeiro, as empresas perguntaram sobre as garantias. A equipe da SES informou que a Secretaria da Fazenda e a Companhia Paulista de PPP, que cuida das garantias de todos os projetos do estado de São Paulo, constituíram um fundo garantidor, com capacidade de pagamento de até seis prestações mensais e garantias complementares (ativo com fluxo de caixa). Foram feitos também muitos questionamentos sobre as estruturas prediais, materiais de acabamento de obras, número e distribuição de leitos, dimensionamento de mobiliário, quantidade de instrumentos por caixa e responsabilidade pelos pagamentos de despesas relativas a utilidades públicas (água, energia elétrica e gases medicinais).

Uma questão importante apontada na consulta pública foi o impacto da produção na remuneração mensal. Ficou acordado que sobre os preços unitários incidirá um Fator de Produção decorrente das faixas de ocupação observadas em cada Complexo Hospitalar:

Tabela 10. Fator de produção por taxa de ocupação

Faixa de Ocupação	Fator de Produção – FP
Ocupação ≤ 60%	0,89
60% < Ocupação ≤ 70%	0,95
70% < Ocupação ≤ 90%	1,00
90% < Ocupação ≤ 100%	1,05
100% < Ocupação ≤ 110%	1,11

Fonte: Edital de Concorrência Nº 001/2013²⁶

Diferente do Hospital do Subúrbio, esse projeto, apesar de não incluir a gestão assistencial, inicia-se com um mecanismo de ajuste de pagamento conforme a produção. Isso deve diminuir as solicitações de reequilíbrio econômico-financeiro por parte do consórcio.

O estudo do *Value for Money* publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOSP) de 12 de Dezembro de 2013 aponta que o projeto dos Complexos Hospitalares tem como objetivo principal o aumento da oferta de serviços especializados de alta complexidade. Além disso, aponta que: “*não menos importante, está ligado diretamente à diretriz do governo de oferecer mais e melhores serviços com menores gastos*”. Segundo a Secretaria da Saúde, os estudos apresentados demonstraram valores de investimento e custeio da operação administrativa (bata cinza) comparáveis ou até menores que os praticados pelos hospitais das Organizações Sociais e da Administração Direta.

No entanto, eles esclareceram que a ênfase do projeto é voltada para os benefícios qualitativos²⁷: “*expertise em gestão hospitalar de nível internacional de acreditação; adoção de sistemas de TIC, integrando prontuário eletrônico, farmácia clínica, nutrição clínica, etc, a todos os serviços administrativos proporcionando controle e fiscalização; avaliação de processos por meio de indicadores de desempenho*”.

²⁶ <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/ppp-complexos-hospitalares/ppp-complexos-hospitalares>

²⁷ <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/62931471/dosp-legislativo-12-12-2013-pg-27>

Pesquisadores da área apontaram nas entrevistas que a expectativa é grande em relação ao resultado desse projeto. Eles consideram esse “*um divisor de águas no uso de PPP no setor saúde no Brasil*”.

5.2.5. Modernização da Rede Hospitalar – Município de São Paulo

Em agosto de 2010 a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) anunciou um projeto de PPP para Modernização da Rede Hospitalar²⁸ por um prazo de 15 anos: “*buscamos melhorar, de maneira efetiva e rápida, as condições de atendimento médico/hospitalar da população*”. O escopo prevê: a execução dos projetos de arquitetura e engenharia baseados na concepção da SMS; o financiamento; a construção; o fornecimento de equipamentos e mobiliários, e a prestação de serviços não assistenciais – esterilização, lavanderia, limpeza, manutenção predial, de equipamentos e de sistemas de informação, nutrição, portaria, telefonia e vigilância.

São dezesseis Unidades de Saúde: três novos hospitais (Hospital Municipal do Balneário São José, Hospital Municipal de Brasilândia, Hospital Municipal da Capela do Socorro); seis novos edifícios que substituirão os que abrigam os hospitais (Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio, Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro, Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria, Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mario Degni, Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula, Hospital Municipal Tide Setubal); três hospitais reformados e equipados (Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, Hospital Municipal Dr. Alípio Correa Neto, Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouveia); e quatro Centros de Diagnóstico por Imagem (Norte, Sul, Leste e Centro-Oeste). Para a SMS esse projeto possibilitará ganhos expressivos de qualidade aos serviços médico-hospitalares prestados pela Autarquia Hospitalar Municipal (AHM) e pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS), parceiras na gestão assistencial dessas unidades hospitalares. Na avaliação do gestor da SMS da época da elaboração

²⁸ http://ppp.prefeitura.sp.gov.br/ppp_saude.htm

do projeto: *“o projeto tentou resolver todos os problemas ao mesmo tempo, tentamos fazer um projeto do tamanho de São Paulo”*.

A Audiência Pública ocorreu em 3 de dezembro de 2010 na Prefeitura de São Paulo, com 174 participantes. O período de consulta pública foi de 18 de novembro de 2010 a 18 de dezembro de 2010. Foram formulados 115 questionamentos das mais diversas naturezas: jurídica, técnica ou de engenharia, operacional e econômico-financeira.

O edital foi alterado em vários itens, em decorrência dos questionamentos da consulta pública, e a licitação sofreu diversas prorrogações: 25 de julho de 2011, 10 de agosto de 2011, 25 de agosto de 2011, 26 de setembro de 2011, 31 de outubro de 2011, 30 de novembro de 2011, 22 de dezembro de 2011, 07 de fevereiro de 2012, 28 de fevereiro de 2012, 15 de março de 2012, 27 de março de 2012, 11 de abril de 2012, 27 de abril de 2012, 15 de março de 2012 e 16 de maio de 2012. Sempre foi publicado que *“as alterações de prazo da licitação são por interesse público”*. Em 16 de maio de 2012 o Tribunal de Contas do Município de São Paulo determinou a suspensão do procedimento licitatório. Até junho de 2014 a Prefeitura não tinha dado continuidade ao projeto.

Estava previsto que a licitação seria iniciada com a abertura das Garantias das Propostas e das Propostas Técnicas das proponentes. Em seguida, seria a abertura da Oferta de Contraprestação Anual e etapa de lances. O critério de julgamento estabelecido no Edital *“privilegiava, em atenção ao princípio da economicidade, o menor valor de contraprestação pública devida para os três lotes, de modo a se ter o menor custo total de contratação”*.

Os valores de contraprestação anual máxima estabelecidos foram: R\$ 93.828.941,00 (noventa e três milhões, oitocentos e vinte e oito mil, novecentos e quarenta e hum reais) para o lote 1; R\$ 88.483.906,00 (oitenta e oito milhões, quatrocentos e oitenta e três mil, novecentos e seis reais) para o lote 2; e R\$ 86.457.587,00 (oitenta e seis milhões, quatrocentos e cinqüenta e sete mil, quinhentos e oitenta e sete reais) para o

lote 3. As concessionárias deveriam apresentar os demonstrativos de viabilidade econômico-financeira das propostas, contendo os elementos demonstrativos dos fundamentos e pressupostos levados em consideração na estipulação da oferta.

Na consulta pública foi perguntado sobre os estudos elaborados pela comissão para verificação da viabilidade econômico-financeira do projeto. O interessado gostaria de saber como se calculou os valores de investimentos necessários. A comissão informou que os estudos foram desenvolvidos para referenciar os valores de investimento e viabilidade econômica-financeira da PPP, e que “*têm por finalidade apenas uso interno*”. A não divulgação dos valores do estudo de investimento ocorreu também na maioria dos projetos analisados e em projetos de PPP de outros setores. A explicação dada por alguns gestores é a possibilidade de obter menor valor de proposta – deságio.

Quanto à taxa interna de retorno (TIR) do projeto, foi sugerido “*face à complexidade e pioneirismo do projeto e a fim de aumentar a atratividade para os investidores*”, que a TIR fosse maior que 12% ao ano. O Poder Concedente (SMS) e a empresa estruturadora da PPP (SPP) informaram que calcularam uma TIR real compatível com as características (perfil) do investimento a ser realizado – longo prazo de maturação e expressivo montante de capital a ser mobilizado. No entanto, não indicou o valor. Os entrevistados falam que a TIR teórica no setor saúde no Brasil varia de 8 a 12%. No entanto, após o início de funcionamento, quando ocorrem aportes extras em favor do parceiro privado (reequilíbrios econômicos-financeiros e aditivos), essa situação muda.

O questionamento mais recorrente na consulta pública foi a garantia do pagamento integral e pontual da contraprestação mensal efetiva devida à concessionária. A comissão informou que “*o poder concedente constituirá, proporcionalmente ao valor de cada lote, em favor da concessionária, garantia consistente no penhor de quotas de 3 (três) fundos de investimento em ativos financeiros, totalizando o valor conjunto de R\$ 150.000.000,00 (cento e cinquenta milhões de reais) para os três lotes*”. As concessionárias alegavam que esse valor não era suficiente, chegando a propor esse valor para cada lote.

Outra crítica bastante apontada na consulta pública foi o fato de “*não estar plenamente definido no edital ou contrato como será feita a interface entre os serviços não assistenciais a serem prestados pela concessionária e os serviços de assistência de saúde*”. Em resposta, a comissão informou que essa interface seria gerida pelo poder concedente, com auxílio de comissões técnicas.

Considerando que a concessionária não possui poder de gerência sobre os prestadores de serviços assistenciais, foi solicitada alteração do critério de pagamento da remuneração variável, “*de modo a se basear apenas no nível de disponibilidade dos serviços, e não na sua fruição*”. Além disso, foi questionado se no caso de uma unidade de saúde realizar procedimentos de complexidade diferente daquela inerente ao nível inicialmente estabelecido, estes procedimentos seriam considerados quando da revisão periódica a fim de restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. A comissão informou que caso ocorresse a modificação de um serviço não assistencial contratado, face a mudanças no perfil assistencial, se isso ocasionasse modificações econômicas no contrato, existia previsão para reequilíbrio.

Esse projeto não prevê a implantação de um Comitê de Interface entre as equipes da OS e da PPP. A Organização Social seria a responsável pela fiscalização e gerenciamento de toda a unidade hospitalar. Segundo o então gestor da SMS: “*quem vai dizer pra Secretaria Municipal de Saúde se a PPP cumpriu ou não as metas definidas em contrato será a OS, porque ela tem muito mais condições de controlar de perto que a SMS*”.

Como são muitas as unidades a serem construídas e reformadas, e essas apresentam condições diversas de estrutura predial, infraestrutura de TI e sistemas, muitos questionamentos foram feitos na consulta pública. O poder concedente informou que os anexos que tratam do assunto “*estavam sendo revistos e trarão as informações necessárias*”. A impressão que se tem nas respostas da consulta pública é que o poder

concedente ainda estava inseguro em relação a uma série de itens, transmitindo insegurança aos consórcios interessados.

Uma pergunta recorrente na consulta pública foi se o pagamento da contraprestação só começaria após o início do funcionamento das unidades. A comissão informou que sim, pois na opinião da SMS: *“quem ganha a licitação da PPP quer construir e terminar rápido pra começar a receber e quem ganha uma obra do setor público quer encontrar problemas, fazendo com que uma obra que teria o prazo de um ano dure em média quatro anos”*.

Essa é uma discussão relevante, pois interfere em fundamentos da PPP. A Lei 11.079/04 veda, em seu artigo 7º, o pagamento de contraprestação pelo poder público, antes do início da prestação dos serviços. Isso exige grande capacidade de financiamento pelo parceiro privado. No entanto, a partir da MP 575 de 2012, existe a possibilidade de o contrato de PPP prever o aporte de recursos, pelo poder público, em favor do parceiro privado para a construção ou aquisição de bens, desde que autorizado por lei específica. Ou seja, o poder público poderá aportar recursos para o parceiro privado como contraprestação antes mesmo de iniciada a prestação dos serviços objeto da PPP.

É verdade que o quanto antes tenha início o pagamento, melhor para o parceiro privado. Por isso, na avaliação dos gestores públicos, a lei de PPP estimulava o cumprimento de prazos, acelerando o início dos serviços. Não se sabe o quanto isso vai mudar com a MP 575/12.

A decisão por bata cinza, segundo o então gestor da SMS veio como complemento à parceria público privada com o terceiro setor – Organização Social: *“eu acho que, no caso de São Paulo, é a conclusão natural”*. Ele explica que para fazer uma PPP bata branca em um hospital que já existe, com quadro de servidores municipais, é difícil: *“o que você faz com os servidores de lá?”*. A outra questão apontada pelo gestor é o fato de ser mais fácil rescindir um contrato, caso não esteja atendendo as necessidades do

Estado, com OS do que com PPP: “a PPP é uma concessão de 10, 20, ou até 30 anos, a OS pode mudar em três meses, como já fizemos”. E acrescentou falando que, em relação à gestão assistencial, “o Estado está muito melhor preparado pra lidar com OS do que com concessionárias (PPP)”.

Como o mercado aponta que “colocar o funcionalismo público junto com o pessoal da PPP é difícil”, foi decidido que a gestão assistencial seria realizada por Organizações Sociais. Segundo gestor da SMS “quando você tem a PPP, você obrigatoriamente tem que transformar a gestão clínica do hospital em OS”. E acrescenta dizendo que “é um parceiro que você teve mais liberdade de escolha, que você fez uma *short list* com os qualificados”.

Para demonstrar o quanto é complicado para o Estado gerenciar de forma eficiente e eficaz investimentos em infraestrutura e equipamentos, o então Secretário aponta que em 2007, para a implantação do Hospital do MBoi Mirim, gerenciado por uma OS, a SMS precisou incluir no contrato de gestão toda a compra de equipamentos do hospital. A OS não investiu no projeto, ela recebeu o dinheiro da SMS e gerenciou a compra dos equipamentos do hospital: “por isso é que quatro meses após o contrato, em 8 de abril de 2008, nós conseguimos inaugurar o hospital”. No entanto, ele apontou que foi um escândalo na imprensa o fato de “um dirigente público abrir mão de comprar 25 milhões em equipamentos hospitalares pra montar um hospital”. Na sua avaliação, o Estado ganhou: “com certeza nós ganhamos do ponto de vista de custo, porque foi muito mais barato na média”. E acrescentou dizendo que “na compra pública, o mais difícil é você garantir qualidade e efetividade”.

Num segundo momento, a SMS implantou uma rede de 115 AMAs, com o mesmo fluxo de investimento: “todos os equipamentos foram comprados pelos parceiros (OS) que instalaram as AMAs, isso faz parte do processo”. Naquela época foi questionado porque a SMS abriu mão de coordenar o processo. O gestor explica que: “você transfere o recurso da compra, mas foi a SMS que definiu tudo – as quantidades, os modelos e os tipos”.

Quanto à inclusão de reformas e ampliações de unidades existentes no projeto da PPP, o entrevistado esclarece que, no início, o município de São Paulo trabalhava com OS somente para fazer a gestão de hospitais novos. Depois avançaram para incluir unidades já existentes. No entanto, segundo a SMS, *“aí começa a ter o problema do investimento”*. E questiona: *“o que fazer com um hospital caindo aos pedaços?”* Existe o limite de investimento do setor público: *“não podemos ficar só inventando soluções para coisa nova, porque existe um parque instalado imenso na prefeitura com 12 hospitais, que precisa ser cuidado”*.

Na avaliação desse entrevistado, as alterações no comando das Secretarias Municipais durante a modelagem do projeto prejudicaram bastante sua conclusão: *“a Secretaria de Finanças passou por mudanças importantes e quiseram rediscutir o projeto”*. O ponto principal da reavaliação foi o fundo garantidor, *“que era a pedra de toque do projeto”*. Com essa mudança do mecanismo do fundo garantidor, segundo avaliação da SMS, *“o mercado recuou, o BNDES recuou e nós demoramos um ano para refazer o projeto”*. Como era ano eleitoral municipal, o Tribunal de Contas achou pertinente esperar a decisão da gestão seguinte. A gestão atual do prefeito Fernando Haddad, iniciada em 2013, de oposição a anterior, desistiu do projeto.

5.2.6. Hospital Metropolitano de Barreiro – Belo Horizonte

As obras do Hospital Metropolitano de Barreiro foram divididas em duas fases. Em 2008, por meio de licitação, a Construtora Santa Bárbara iniciou a construção do hospital. No entanto, a empresa desistiu da obra. Com isso, a Prefeitura de Belo Horizonte rompeu o contrato com a empresa e realizou nova licitação. Em 2010 a Construtora Tratenge assumiu a obra e em abril de 2011 abandonou-a, alegando problemas financeiros. A partir daí teve início a segunda fase do projeto, já no modelo de PPP.

Uma equipe multidisciplinar participou da elaboração do projeto executivo da PPP do Hospital Metropolitano do Barreiro na cidade de Belo Horizonte. As empresas que trabalharam no projeto foram: Estruturadora Brasileira de Projetos S.A. – EBP, Accenture, Manesco Advogados e Athié Wohnrath Arquitetura. O vencedor da licitação seria responsável por reembolsar os investimentos dos estudos.

O escopo do projeto prevê a obra civil; fornecimento e implantação da infraestrutura e instalações; mobiliários clínicos e administrativos; provisão de serviços administrativos, prediais, de tecnologia e de hotelaria. A SMS será responsável pela: provisão direta de serviços assistenciais (corpo clínico e pessoal especializado); medicamentos; equipamentos e insumos médico-hospitalares. A capacidade de atendimento do hospital será de 10 mil consultas especializadas, 1,4 mil internações e 700 cirurgias mensais. O hospital ocupará uma área de 42 mil metros quadrados, terá 12 andares, 320 leitos, 40 leitos de CTI, 40 de Unidade de Cuidados Intermediários, 12 salas de cirurgia e equipamentos de diagnóstico por imagem.

No dia 5 de agosto de 2011 a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte apresentou publicamente os documentos relativos à Concessão do Hospital Metropolitano do Barreiro e iniciou a consulta pública²⁹ com duração de trinta dias. Foram realizados 66 questionamentos. A audiência pública ocorreu em 1 de setembro de 2011.

A licitação ocorreu com inversão das fases de habilitação e julgamento, com análise prévia da garantia de proposta sem lances. O critério de julgamento foi o menor valor da contraprestação pública total a ser paga pelo município. O Consórcio Planova–Tratenge foi declarado vencedor. No entanto, ele desistiu da obra, alegando defasagem do valor contratado em função do tempo transcorrido. Em função dessa desistência, a empresa segunda colocada no processo licitatório, o Consórcio Novo Metropolitano S/A, formado pelas empresas Construtora Andrade Gutierrez S.A, Gocil Segurança e Serviços e Dalkia Brasil S.A. (atualmente denominada Vivente) ficou responsável pela

²⁹ http://www.ebpbrasil.com/ebp/web/arquivos/02-EBP_HMBH_apresentacao_audiencia_publica.pdf

construção da segunda etapa do hospital. O contrato foi assinado em 28 de março de 2012.

Para especificação e dimensionamento dos serviços que foram incluídos na concessão, a equipe de consultoria³⁰ realizou avaliação de 4 dimensões: listagem de serviços (mapeamento de todos os serviços não-clínicos existentes em um hospital, caracterização de serviços tipicamente próprios e terceirizados, mapeamento das características de operação dos hospitais públicos); entendimento do mercado fornecedor (dinâmica do mercado, mapeamento e entrevista dos principais fornecedores e segmentos, pesquisa da estrutura de custo e modelo de contratação); especificação e dimensionamento (definição de políticas, modelo de fornecimento e de operação, especificação dos requerimentos, dimensionamento e projeção de consumo de materiais e de mão-de-obra) e quantificação (levantamento dos custos operacionais, levantamento dos investimentos necessários e regras de depreciação, definição dos níveis de serviço, projeção dos custos totais). Várias fontes foram usadas para identificação de informações – fornecedores e mercado, base de dados e experiência da equipe do projeto, hospitais privados, Organizações Sociais e hospitais públicos.

O resultado final do modelo de negócios³¹ indicou uma contraprestação máxima líquida de R\$ 49,4 milhões ao ano por um período de 18,5 anos de operação. Os dados econômicos apresentados pela Prefeitura apontam:

- Investimento estimado em cerca de R\$ 160 milhões em obras e equipamentos;
- Custos operacionais entre R\$ 32 milhões e R\$ 38 milhões por ano, sendo 17% referente a higiene hospitalar, 16% nutrição, 9% segurança, 9% serviços administrativos, 8% lavanderia, 8% manutenção predial, 5% sistema de gestão, 4% *service desk*, 3% manutenção de equipamentos, 3% coleta de resíduos, 2% rede de telecomunicação, 2% gases medicinais, 15% outros;
- Geração de receitas comerciais líquidas estimada em R\$ 2,7 milhões ano, sendo 41% com refeitório, 33% com estacionamento de visitantes, 20% com

³⁰ http://www.ebpbrasil.com/ebp/web/arquivos/EBP_ANEXOII_Edital_Plano_Negocios_Referencia_20100812.pdf

³¹ http://www.ebpbrasil.com/ebp/web/arquivos/EBP_ANEXOII_Edital_Plano_Negocios_Referencia_20100812.pdf

estacionamento de funcionários, 4% com máquinas de conveniência, 2% com lanchonete;

- TIR compatível com o mercado.

Esse projeto foi o único entre os analisados que tornou públicos de forma detalhada os valores estimados para investimento e custos operacionais. No entanto, assim como os demais, não informou a TIR.

Na consulta pública³² houve questionamentos sobre o valor da contraprestação pública estimada de contrato: *“após a realização de cotações e orçamentos, identificou-se uma profunda defasagem entre o valor máximo posto como parâmetro e a estimativa final orçada”*. Solicitavam reavaliação dos dados que conduziram à formação do valor de contrato e sugeriam que contraprestação pública fosse aumentada até o mínimo de R\$ 67,60 milhões anuais. A comissão respondeu que os custos estimados para cada uma das categorias de serviço foram baseados em extensa pesquisa do mercado fornecedor e são factíveis de serem praticados para a execução dos serviços nos padrões de qualidade exigidos no edital. No entanto, houve revisão do valor inicial publicado e alteração do valor final fixado no edital de R\$ 49,4 milhões para R\$52 milhões. Esse aumento de 5,3% no valor máximo da contraprestação foi decorrente também da pesquisa de interesse de mercado.

O valor a ser pago pela Prefeitura de BH à concessionária dependerá do índice de desempenho e da taxa de ocupação média do hospital. O modelo de mensuração do índice de desempenho (ID) é: $ID = (40\% \times IDP) + (30\% \times IQ) + (30\% \times IC)$. A composição dos 129 indicadores é distribuída em:

- Índice de disponibilidade (IDP) – 6 de utilidades, 9 de estruturas gerais, 5 de atendimento, 6 de tecnologia;
- Índice de qualidade (IQ) – 19 de satisfação dos pacientes e acompanhantes, 32 de satisfação dos profissionais, 29 do índice de qualidade técnica;
- Índice de conformidade (IC) – 12 de normas e 11 de relatórios.

³² http://www.ebpbrasil.com/ebp/web/arquivos/04-HMBH_resposta_consulta_audiencia_publica_vfinal.pdf

A Parcela Ocupação determina o valor nominal da contraprestação, com base na ponderação das despesas fixas e variáveis da concessionária e com base no real uso da infraestrutura do hospital.

Conforme o estudo inicial, cerca de 80% das despesas eram fixas, ou seja, independem da ocupação/utilização do hospital, e aproximadamente 20% dos custos eram proporcionais à taxa de ocupação/utilização média do hospital. Após sugestão em consulta pública, tendo em vista o risco ao qual a concessionária ficaria exposta, a fórmula foi alterada de modo a garantir que:

- 40% da contraprestação pública permanecesse fixa, independentemente do desempenho da concessionária.
- 60% da contraprestação pública fosse proporcional ao desempenho da concessionária, garantindo o pagamento conforme à qualidade dos serviços recebidos pelo poder concedente.

O início do pagamento estava condicionado à entrega da obra e começo da prestação dos serviços contratados. Na consulta pública foi sugerido que *“em vista da relevância dos serviços envolvidos e amplitude da obra é habitual que a prestação se inicie juntamente com o recebimento parcial ou prévio da obra”*. A comissão reavaliou a minuta de contrato e incluiu a possibilidade de recebimento parcial e provisório da obra, desde que houvesse acordo entre as partes.

Por se tratar de um projeto bata cinza, ainda está sendo definido como será a gestão assistencial. A prefeitura enviou à Câmara dos Vereadores de Belo Horizonte em junho de 2014 um projeto para transformar essa gestão em Serviço Social Autônomo (SSA). Segundo documento enviado pelo prefeito à Câmara, as principais flexibilizações previstas na SSA, são: autonomia em relação ao Executivo e ao Legislativo para definir o quantitativo de funcionários e o plano salarial; e simplificação de licitações de compras, por não se tratar de uma administração submetida à Lei de Licitações. Essa discussão causou polêmica e aguarda parecer final.

Em junho de 2014, o hospital ainda estava em construção. A previsão é que a obra seja concluída até novembro de 2015. Esse hospital é um exemplo de como a contratação de construção através da Lei 8.666 pode ser difícil.

5.2.7. Atenção Primária da Saúde – Belo Horizonte

O Município de Belo Horizonte, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, tornou público o Edital de Licitação Internacional em dezembro de 2011³³. A concessão administrativa, em regime de PPP, tem como objetivo a prestação de serviços não assistenciais de apoio e infraestrutura à Rede de Atenção Primária à Saúde, precedida de obras de reconstrução, reforma, ampliação, revitalização e construção de novas unidades. A consultora do IFC entrevistada apontou que a intenção era “*expandir e melhorar a qualidade da atenção primária através de uma melhor infraestrutura*”.

O escopo da concessão, inspirado no modelo inglês de redes de saúde, contempla uma unidade de Laboratório, uma Central de Esterilização de Materiais (CME) e 168 unidades básicas, sendo que:

- 58 serão reconstruídas pelo concessionário,
- 45 serão reformadas ou ampliadas,
- 31 serão revitalizadas,
- 18 novas unidades serão construídas e
- 16 unidades serão construídas pelo Poder Público e terão seus serviços não assistenciais inseridos no projeto.

O projeto foi elaborado pela Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte, pela International Finance Corporation – IFC e pela empresa de consultoria PricewaterhouseCoopers. O critério de julgamento é o menor valor da contraprestação

33

http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=53930&pldPlc=&app=sala_noticias

pública máxima a ser paga pela administração pública. O valor anual estimado é de R\$ 101.024.000,00 (cento e um milhões e vinte e quatro mil reais), cujo somatório pelo prazo de 20 anos da concessão, determina o valor total do contrato de R\$ 2.020.480.000,00 (dois bilhões, vinte milhões e quatrocentos e oitenta mil reais).

Foi realizada consulta pública no período de 9 de julho a 26 de agosto de 2011. A audiência pública ocorreu no dia 03 de agosto de 2011. A visita técnica facultativa a algumas unidades da rede foi agendada para o dia 10 de janeiro de 2012. Posteriormente, o período foi ampliado para 16 a 25 de janeiro de 2012.

Vários questionamentos foram realizados na consulta pública e divulgados no *site* da SMS. Quanto à recomposição do equilíbrio econômico financeiro da concessão, houve perguntas sobre o impacto da incorporação da inovação tecnológica e alterações de normas vigentes no país. A comissão esclareceu que *“caso estas atualizações importem em custos e obrigações adicionais à concessionária, esta terá direito ao reequilíbrio econômico-financeiro, desde que atendidas as regras contratuais”*.

Tendo em vista que o poder concedente é também o ente da administração pública (Prefeitura de Belo Horizonte) responsável pela expedição de grande parte das licenças e autorizações necessárias à execução do contrato, foi questionado se haveria custos e/ou penalidades à concessionária como resultado de atrasos na obtenção desses documentos. No entendimento da comissão, são de responsabilidade da concessionária a obtenção e a renovação de todas as licenças e autorizações. Acrescentou que *“o poder concedente empreenderá seus melhores esforços para que a concessionária obtenha no menor prazo possível as licenças e autorizações sob sua responsabilidade”*.

Muitas perguntas foram feitas sobre os projetos arquitetônicos das unidades básicas de saúde. A comissão informou que as plantas variam de acordo com o número de equipes e deveriam ser adequadas a cada terreno em que serão implantadas: *“a princípio todos os terrenos indicados comportam o programa de necessidades”*.

Informou também que, ainda que tenham sido apresentados modelos de referência, os projetos poderiam variar de acordo com o perfil dos terrenos e com as propostas técnicas apresentadas pelos licitantes, desde que atendam às funcionalidades e necessidades operacionais e desde que sejam validadas pelo poder público. Enfatizou que o Programa Básico de Necessidades, descrito no edital, deveria ser obedecido.

Um questionamento recorrente foi referente às visitas técnicas. Os interessados não consideraram “*aceitável e legal*” que, para um contrato de 20 anos, o órgão licitante determinasse, num universo de 168 centros de saúde, quais poderiam ser visitados. Com isso, eles apontavam que “*não existirá uma base sólida para a elaboração das propostas*”. Acrescentaram dizendo que tal situação iria gerar um aumento dos preços das propostas comerciais, devido ao risco assumido pelas concessionárias. A comissão informou que a realização de visitas técnicas é facultativa e ocorreria nos termos do edital e dos comunicados da SMS.

Quanto à composição de lotes para licitação, foi apresentada tabela de distribuição das unidades com 11 lotes e a quantidade de cada tipo de construção por lote. No entanto, não foram listadas as unidades de cada lote.

Tabela 11. Composição dos lotes para implantação dos centros de saúde

Lotes	RECONSTRUÇÃO	NOVAS	REFORMA	REVITALIZAÇÃO	CME	LABORATÓRIO
1	5	0	0	3	0	0
2	6	0	5	3	0	0
3	7	0	5	3	1	1
4	7	0	5	3	0	0
5	7	0	5	3	0	0
6	7	0	5	3	0	0
7	7	0	4	3	0	0
8	7	5	4	3	0	0
9	5	5	4	3	0	0
10	0	4	4	2	0	0
11	0	4	4	2	0	0
Total	58	18	45	31	1	1

Fonte: elaborado pela autora³⁴.

³⁴ http://www.pbh.gov.br/smsa/atencao_primaria/ANEXO_IV.pdf

Isso gerou dúvidas e questionamentos. A comissão se limitou a informar que o tema será alvo de discussão posterior entre a concessionária e o poder concedente, observando as quantidades por tipo definidas no edital e anexos.

Muitas perguntas sobre tecnologia de informação (TI) foram realizadas. Os principais assuntos foram: solução de segurança, operação e gerenciamento da rede; interface para canais analógicos e digitais de telefonia; localização da central de atendimento; infraestrutura do *link* de dados; custo da infraestrutura e das licenças de *software*; linguagem de programação; etc. Ficou evidente que, devido à relevância do investimento em TI, muitos itens precisavam ser melhor esclarecidos.

Foi apontado que o edital não apresentava especificação técnica suficiente para uma correta identificação dos equipamentos médicos a serem adquiridos. A comissão informou que a elaboração das propostas deveria se basear nos dados fornecidos, além de garantir o atendimento de todas as especificações previstas no edital e anexos. A entrevistada afirmou que foi bastante discutido “*quais as especificações que a gente tinha que apontar, e quais ficariam a critério do investidor para ser cobrada por meio de indicadores*” Esta é uma das questões que dificulta a comparação das propostas e permite redução da qualidade do parque tecnológico. Por isso, é fundamental avaliar se vale ou não a pena.

Questionamentos sobre lavanderia, almoxarifado e esterilização também foram realizados. O foco era a definição de prazos e utilização de código de barras no enxoval e instrumental. Os interessados apontaram que as exigências definidas em edital iriam acarretar aumento de custos. No entanto, a comissão informou que caberia a cada licitante definir sua proposta, sem prejuízo dos parâmetros e especificações estabelecidos em contrato.

Foi solicitada em consulta pública a disponibilização da Planilha Base Orçamentária preparada pelo poder concedente para o edital, com definição dos valores empregados

entre a implantação e operação do programa. A comissão informou que a elaboração das propostas deveria se basear nos dados já fornecidos no edital, não tendo fornecido o estudo solicitado. Na avaliação da entrevistada: *“não disponibilizamos o estudo financeiro para não direcionar a análise do investidor”*.

O edital aponta que *“as licitantes são responsáveis pela análise direta das condições da Rede de Atenção Primária à Saúde e de todos os dados e informações sobre a exploração da Concessão”* e acrescenta que *“as informações, estudos, pesquisas, investigações, levantamentos, projetos, planilhas e demais documentos ou dados, relacionados à Rede de Atenção Primária à Saúde e à sua exploração, disponibilizados pela SMS, foram realizados e obtidos para fins exclusivos de precificação da concessão, não apresentando, perante às potenciais licitantes ou perante a futura concessionária, qualquer caráter vinculativo”*.

Estes dispositivos estabelecem que os riscos quanto à identificação das efetivas condições da Rede de Atenção Primária à Saúde são do licitante. Na consulta pública foi enfatizado que *“o licitante deverá realizar todos os levantamentos de dados, estudos, investigações, vistorias, exames e demais atividades necessárias à precisa orçamentação das obras contempladas no escopo da concessão administrativa, não assumindo o poder concedente qualquer responsabilidade quanto à exatidão das informações contidas nos anexos do edital a este respeito”*.

A sessão pública para a abertura do volume das garantias das propostas e eventuais desdobramentos estava agendada para dia 14 de fevereiro de 2012. A Comissão de Licitação informou que por não haver propostas para a concorrência pública, a sessão estava cancelada. Acrescentou que iria reavaliar o processo licitatório para próximas providências. Em março de 2012, a SMS informou em comunicado oficial que iria disponibilizar dados adicionais do projeto ao mercado. Em seguida, comunicou cronograma de visitas às Unidades de Saúde no período de 12 a 23 de março de 2012.

Por tratar-se de um projeto extenso (muitas unidades) e baixo custo de investimento (pouca complexidade) atraiu poucos interessados. O risco é grande, comparado ao retorno. A entrevistada afirmou que checaram o interesse do mercado. No entanto, *“a dificuldade apontada pelos investidores aos consultores era estruturar um projeto, assumindo o risco de um negócio que não foi construído por eles, sem impactar o preço”*.

Na avaliação de um consultor externo do projeto entrevistado, *“era um orçamento apertado, mas eles queriam cobrar todo tipo de atribuição e atividade dentro do projeto”*. Acrescentou informando que *“sempre tinha alguém da SMS querendo colocar novas atribuições, transferir novos riscos para o parceiro privado sem que isso impactasse o orçamento de referência”*.

Outro ponto importante para análise, é o fato de projetos inovadores, que não têm nenhum anterior parecido, terem que criar interesse da iniciativa privada. Para o consultor entrevistado, *“não tem outro jeito, a não ser ao longo do processo de elaboração do estudo, ir conversando com a iniciativa privada para conhecer as linhas mestres que o projeto tem que seguir para atrair interesse do mercado”*. Acrescenta apontando que existem diversas chances de perceber se há interessados ou se é preciso fazer algum ajuste para que as empresas se interessem pelo projeto. Nesse caso, até junho de 2014, não houve novo agendamento de sessão pública.

5.2.8. Hospital do Gama e Hospital de Base – Distrito Federal

Os estudos de viabilidade da PPP para a implantação dos hospitais do Gama e de Base foram desenvolvidos por meio de Procedimento de Manifestação de Interesse (PMI) pelas empresas: Andrade Gutierrez S.A., Kitmed Distribuidora Sociedade Empresarial Ltda e Accenture do Brasil Ltda. Na visão dos gestores do DF, o PMI é uma ferramenta importante e que deve ser valorizada: *“uma forma da iniciativa privada justificar a viabilidade de um projeto”*.

Em dezembro de 2013 foi publicado o edital da concorrência. O valor estimado do contrato é de R\$ 6.166.652.000,00 (seis bilhões, cento e sessenta e seis milhões, seiscentos e cinquenta e dois mil reais) e o seu prazo de vigência é de 20 anos. A consulta pública foi realizada em 2012, e não foi divulgado o relatório que sistematiza os questionamentos do procedimento. Na entrevista com a equipe do Distrito Federal foi perguntado se durante a consulta e a audiência pública existiram questionamentos sobre o edital ou se foram solicitadas algumas alterações ou ajustes contratuais relevantes. A resposta foi que “não teve nada de relevante, foram perguntas extremamente pertinentes e corriqueiras e esclarecimentos menores, nada de grandes alterações”.

O Hospital do Gama terá 500 leitos, sendo 70 de UTI; será referência em emergência clínica, cardiologia e pneumologia. O Hospital de Base terá 13 andares com 150 leitos, sendo 50 de UTI. O escopo do projeto prevê: construção, fornecimento de infraestrutura, instalações, equipamentos, mobiliários clínicos e administrativos, enxoval, lavanderia, limpeza, coleta de resíduos, manutenção de equipamentos, manutenção predial, serviços de tecnologia da informação e comunicação, nutrição e dietética, telefonia, portaria, vigilância e logística intra-hospitalar. O licitante vencedor seria aquele que apresentasse a melhor proposta considerando aspectos técnicos e o menor valor de contraprestação requerida.

Segundo o gestor entrevistado, o principal desafio da fase de elaboração do edital foi a definição das estruturas de garantias. Em janeiro de 2014, o Governo do Distrito Federal divulgou que o Fundo Garantidor de PPP teria capital inicial de R\$ 10 milhões. Os recursos seriam disponibilizados pelo Tesouro do DF ou empresas públicas, podendo ser em espécie e/ou imóveis, além de recursos da União. Após a quitação do investimento, aquilo que não fosse utilizado retornaria à fonte de origem. Anteriormente, a garantia era dada com recebíveis da Agência de Desenvolvimento do Distrito Federal (TERRACAP), segregados em 2 contas vinculadas: uma destinada a contraprestações e outra para assegurar o valor dos investimentos.

Uma questão importante no Distrito Federal é a definição do Ministério Público, a respeito da proibição de qualquer tipo de contratação de atividade fim da saúde, ou seja, da gestão assistencial. Diante disso, o entrevistado afirma que “a PPP aqui não poderá nunca ser bata branca”.

As propostas deveriam ser apresentadas no dia 14 de janeiro de 2014. No entanto, em 06 de janeiro de 2014 a Comissão Especial de Licitação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal comunicou a suspensão da licitação em função de dúvidas apresentadas pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal³⁵: exigência cumulativa de patrimônio líquido mínimo e garantia de proposta; utilização de licitação do tipo técnica e preço; aspectos da qualificação técnica que restringiriam a competitividade do certame; existência de visita técnica; custos de licenciamento e de manutenção do software TrakCare; valores estimados de obras; custos de manutenção; e Custo Médio Ponderado de Capital. Na visão dos gestores, “o Tribunal de Contas fez mais questionamentos referentes a custos de obra e outras questões sobre tecnologia da informação que são perfeitamente compreensíveis e estão todas sendo equacionadas para reposta”.

Em junho de 2014, o projeto estava na fase de encaminhar ao Tribunal de Contas do DF as respostas aos questionamentos para a tomada de decisão final sobre a continuidade ou não. O gestor do DF estava confiante: “a gente espera que seja dada continuidade”. E acrescentou, considerando que “esses questionamentos servem pra eventualmente você até justificar a continuidade ou mudar o rumo de alguma coisa, mas eu acho que faz parte do jogo e temos que conviver com isso”.

³⁵ <http://www.saude.df.gov.br/concorrencia/2013-11-29-00-29-13.html>

5.3. DISCUSSÃO

A discussão utiliza trechos (transcritos *ipsis litteris*) da entrevista realizada com um participante da elaboração da lei federal 11.079/04, com o objetivo de resgatar o histórico da sua elaboração, evolução e questionamentos jurídicos.

O entrevistado aponta que no final do segundo governo Fernando Henrique Cardoso, havia um questionamento no Ministério do Planejamento: “*existem insuficiências legislativas para caminharmos no programa da privatização?*”. Nesse momento, ele foi procurado para fazer uma análise junto com a equipe do Ministério, sobre essa questão. Concluíram que, efetivamente, faltava uma atualização da contratação de serviços: “*os contratos de serviços são regulados pela lei 8666 de 1943, que é muito restrita, fazendo com que as contratações de serviços na administração pública sejam muito amarradas*”. Prepararam um projeto de lei e entregaram ao então ministro Guilherme Dias. A intenção do ministro, segundo o entrevistado, era: “*deixar na mesa e apresentar ao próximo ministro como uma coisa fundamental que não deu tempo de tratar*”.

Quando o governo Lula teve início, na avaliação do entrevistado, por razões políticas, não queria continuar com o programa de privatizações. No entanto, o secretário do Tesouro, Joaquim Levi, junto com a equipe do Ministério da Fazenda, sabia da existência de alguns projetos do governo anterior, aos quais queria dar continuidade. Apontou o entrevistado, que o presidente encontrou uma saída: “*ele disse que privatização não ia fazer, porque esse negócio de privatizar, é o Estado dar para o particular e abandonar, e essa era a política do governo anterior; então, eles iriam fazer uma coisa revolucionária, que é a PPP – o Estado ter parcerias com o setor particular*”.

O Ministério do Planejamento foi designado para cuidar do assunto PPP: “*eles usaram um pouco da literatura internacional e um pouco do projeto que a gente tinha feito, e montaram um novo projeto*”. Esse novo projeto foi mandado para o Congresso Nacional e aprovado. Na opinião do entrevistado, é importante destacar que: “*havia um*

certo ambiente no governo, positivo à continuidade das relações com o setor privado, como uma espécie de rito de passagem do discurso anti-privatista do PT original’.

No Senado, Tasso Jereissati avaliou o projeto e informou que daquela forma não iriam aprovar. O Ministério da Fazenda iniciou um esforço para reconstruir o projeto e segundo o entrevistado: *“repetiu um pouco aquela dinâmica do final do governo Fernando Henrique”*. Segundo ele, a discussão foi bastante interessante e o governo entendeu e aceitou a proposta naquele momento: *“vamos pegar o projeto que está no Senado e vamos mudar tudo”*. As equipes da Casa Civil, Fazenda, Planejamento, o professor de economia Samuel Pessoa, o professor de direito administrativo Carlos Ari Sundfeld e outros, trabalharam e conseguiram aprovar a Lei Federal de PPP: *“ela surgiu, no fundo, como uma lei que criou dois tipos de contrato de serviços, mas com características diferentes daqueles contratos que existiam. Era o que estava faltando – contratos de serviço de longo prazo e com o particular fazendo investimento”*.

A partir desse momento, surgiram as questões de regulação e tratamento da lei. Foi criada uma lei complementar de concessão para gerar confiança nos investidores: *“tem que ter um contrato que gere confiança”*. Então, usaram o contrato de concessão, disciplinado na lei de 95: *“foi um aspecto muito importante, uma lei de continuidade, aproveitando a experiência jurídica consolidada e aplicando a uma situação um pouquinho diferente”*. Na opinião do entrevistado, outro fator importante foi a responsabilidade fiscal: *“porque poderia virar uma máquina de gerar dívida”*. Então, o Ministério da Fazenda colocou na lei uma série de restrições na utilização na PPP, como o limite de endividamento da receita corrente líquida. A Lei Federal de PPP é prudente e restritiva, impedindo que se coloque em risco a responsabilidade fiscal. Além disso, ele explicou que organizaram as garantias de pagamento ao setor privado.

Com relação ao aumento do percentual do limite de endividamento da receita corrente líquida, o entrevistado aponta que *“no início foi fixado um percentual muito baixo, para que isso fosse usado muito cautelosamente, e aos poucos, na medida em que a situação fiscal fosse melhorando, aumentaria”*. No entanto, ele avalia que isso é um

problema ainda não resolvido, na maior parte dos municípios e estados, e é um limitador para celebrar PPPs.

O entrevistado apontou também que “*muitas pessoas falam que essa lei teve pouca utilização, devido ao pequeno número de contratos celebrados em 10 anos*”. No entanto, ele lembra que essa lei não introduziu a parceria no Brasil: “*a parceria no Brasil teve início a partir da década de 90, e a PPP, no sentido estrito, é um dos instrumentos para uma situação específica*”. Na avaliação de todos os entrevistados dessa pesquisa, a PPP vem evoluindo positivamente. No entanto, como os projetos são complexos e sofisticados, apresentam um desenvolvimento mais lento. O estudo realizado nesta tese, dos principais modelos de análise de mérito de projetos e dos projetos de PPP no setor saúde no Brasil, corroboram essa avaliação.

A seguir, serão relacionados os principais pontos dos modelos de análise de mérito estudados com os projetos de PPP do setor saúde no Brasil. O objetivo é verificar como os modelos podem beneficiar a elaboração e implementação desses projetos.

No estágio de identificação do projeto segundo modelo do Banco Mundial, é preciso originar idéias, procurar candidatos a projetos e priorizar PPPs potenciais para desenvolvimento. Alguns entrevistados apontaram que, na maioria das vezes em que o Estado solicita contratação via PMI, não sabe o que deseja contratar: “*eles divulgam que vão realizar uma PPP para construção e gestão de um determinado hospital e não especificam nada mais sobre o projeto. Simplesmente porque não sabem*”. Com isso, os projetos desenvolvidos pelos potenciais parceiros privados interessados acabam por ser bem diferentes uns dos outros, dificultando sua análise e seleção. Isso pôde ser verificado em alguns projetos estudados, que estão há bastante tempo em fase de análise pelo poder público.

Para a tomada de decisão do gestor público, o modelo *PPP Canada*, aponta a necessidade de alinhamento do projeto com o planejamento/política prioritária de governo. Essa preocupação ficou evidente nos projetos da Bahia e do Município de

São Paulo. Nos demais, esse alinhamento não foi apontado nem em entrevistas nem nos documentos analisados. Isso é preocupante, pois conhecer a necessidade, os objetivos e benefícios esperados com o projeto é fundamental para a decisão, além do fato de investir em projetos isolados do planejamento global poder fragmentar ainda mais o sistema.

A administração pública não pode se mover sem ter justificativas, é preciso apontar se a implementação de um projeto de PPP traz benefícios ou não, e se os que eventualmente houver estão alinhados com as prioridades setoriais e de políticas públicas. Governos de diversos países buscam assegurar a flexibilidade do processo decisório, de forma a garantir que projetos de PPP somente sejam conduzidos se e quando gerarem ganhos de eficiência. O Brasil também deveria caminhar nesse sentido.

O estudo de pré viabilidade pode ser realizado via Procedimento de Manifestação de Interesse, exclusivamente pela equipe do Estado ou por consultores externos. A opinião dos entrevistados sobre a via PMI é controversa, dependendo da sua área de atuação. Para um consultor entrevistado, “*é uma forma disfarçada de contratar consultoria externa*”. Ficou manifesto nas entrevistas que o privado que elabora uma PMI tem como objetivo final ganhar a licitação, mas não há evidências na literatura de que a empresa que faz o projeto seja beneficiada na licitação. Outro entrevistado analisou que “*a contratação via Procedimento de Manifestação de Interesse gerou um certo mercado da PMI – as empresas estão buscando projetos na ilusão de influenciar a administração pública a seu favor*”. No entanto, o grande problema é a dificuldade do setor público avaliar os projetos apresentados e tomar uma decisão.

A elaboração de projetos exclusivamente pela equipe do Estado requer experiência e conhecimento em estudo e preparação de editais e contratos complexos e de longo prazo, como se espera numa PPP. O projeto do ICOM, na Bahia, foi realizado por um grupo de trabalho interno, formado por equipes da Secretaria da Saúde, Secretaria da

Fazenda, Casa Civil e Procuradoria do Estado. Essa equipe já havia trabalhado no projeto do Hospital do Subúrbio, que teve a consultoria do BNDES/IFC.

A contratação de consultores externos para apoiar o Estado foi o mecanismo mais frequente nos projetos estudados. No entanto, não é um processo simples, pois é preciso atender aos requisitos da lei 8666 para contratação das consultorias. Conforme alguns entrevistados do setor público: *“nem sempre conseguimos selecionar e contratar bem”*. Por isso, atualmente, muitos gestores estão optando por realizar Convênio de Cooperação Técnica com o BNDES/EBP (Estruturadora Brasileira de Projetos S.A) e Banco Mundial/IFC (International Finance Corporation) para a elaboração dos projetos de PPP, visto que este tipo de solução não requer licitação, por se tratar de empresa pública. Por meio desse convênio, as empresas de consultoria técnica e jurídica são escolhidas e contratadas. O projeto de Imagem da Bahia é um exemplo disso: o governo do estado assinou convênio com o Banco Mundial e o BNDES, que contrataram a Antares Consulting (consultoria técnica) e Manesco Advogados (consultoria jurídica). Na avaliação de um entrevistado, *“é preciso encontrar um outro jeito de enfrentar o lobby das empresas da 8666 e permitir que se contrate consultorias sem a licitação, com um procedimento sério”*.

Independente da forma de elaboração dos projetos, é preciso atentar para a importância dessa fase para o sucesso da parceria. Projetos mal elaborados e selecionados podem resultar em má prestação de serviços a um custo maior que o necessário. O modelo de análise de mérito do Banco Mundial aponta que esses problemas decorrem principalmente de: planejamento e coordenação de baixa qualidade, análises incorretas e politicagem/ganhos pessoais. As análises incorretas estão geralmente relacionadas ao estudo de demanda e necessidade, com base em dados epidemiológicos e capacidade instalada. Como foi apontado por alguns entrevistados, pela *“complexidade do estudo da demanda no setor saúde”*, alguns projetos foram elaborados com base na oferta e taxa de ocupação definidas em contrato.

Na análise da conveniência e oportunidade dos projetos, conforme os modelos estudados, são precisos estudos qualitativos e quantitativos. No entanto, na opinião dos entrevistados, a análise de *Value for Money* quantitativo, principalmente na área da saúde, não faz muito sentido e não é usada no Brasil, e em outros países foi gradativamente substituída pela análise do *VFM* qualitativo. Os modelos de análise de mérito estudados apontam a metodologia de comparação do Projeto Privado de Referência (PPR) com o Projeto Público de Comparação (PPC), mas ressaltam que não existe, na maioria dos casos, um parâmetro público confiável. Um consultor entrevistado relatou que *“se perguntar na secretaria de saúde de qualquer estado ou município quanto custa o hospital que é gerido diretamente pelo poder público ou por uma autarquia, eles não sabem”*. Acrescenta dizendo que, na maioria das vezes, *“eles informam um valor, mas, se você fizer qualquer investigação mínima para ver se esse número está correto, vai verificar uma série de distorções”*.

Os entrevistados apontaram que é preciso analisar cuidadosamente os dados, por uma série de fatores. Existem serviços (segurança, higiene, lavanderia, etc) contratados diretamente por uma secretaria para vários hospitais e não se sabe quanto custa o serviço para cada um deles. Outro fator que complica o cálculo é o custo com materiais e medicamentos, porque as compras são realizadas, geralmente, de maneira centralizada, sem registro do consumo por unidade. Por fim, ocorrem os problemas da diversidade de formas de contratação de pessoal e a maneira como estão alocados nos diversos hospitais da rede. Por isso, o entrevistado concluiu que *“as experiências que tivemos de tentar produzir estudos de Value for Money quantitativo foram, na minha opinião, enganação, porque os números eram sempre cabalísticos, com o resultado como consequência das estimativas”*.

O então secretário estadual da saúde, na época da implementação do projeto do Hospital do Subúrbio, informou que havia sido realizado um estudo comparativo de custos do HS com um hospital da administração direta (Hospital Geral do Estado – HGE) e com hospitais gerenciados por Organizações Sociais. (CARRERA, 2012) Esse

estudo, no entanto, não foi publicado. Os únicos números apresentados pela SESAB foram os custos/leito/dia do HS e HGE:

HS – R\$ 898,00 (valor máximo fixado no edital, cumprindo 100% das metas, ano de referência, 2010)

HGE – R\$ 908,00 (ano de referência, 2007)

Outra discussão diz respeito à comparação do custo da operação pública com a operação privada, sem ajuste por qualidade. Como pôde ser visto nos projetos de PPP da saúde analisados, os requisitos estabelecidos de investimento (construção e tecnologia de informação e comunicação) são superiores aos encontrados na maioria das estruturas públicas. Além disso, os indicadores de desempenho e qualidade definidos nos referidos contratos de PPP não são usualmente utilizados na gestão direta do Estado ou em outras modalidades de gestão. Por isso, como foi informado na consulta pública do projeto de Atenção Primária da Saúde de Belo Horizonte, “*as exigências definidas em edital iriam acarretar aumento de custos*”. Não é possível estabelecer comparações entre objetos diferentes. Além disso, o objetivo alegado não é apenas reduzir o custo, mas transformar a prestação dos serviços públicos.

A precificação dos projetos de PPP no Brasil, em geral, segue a idéia de que é necessário medir milimetricamente os custos públicos para definir o teto do valor do projeto. No entanto, na avaliação de alguns entrevistados, isso não faz sentido: “*porque não se consegue especificar a diferença em desempenho e qualidade*”. A definição do valor máximo de contraprestação, como foi apontado nos modelos estudados e na maioria dos projetos analisados, deve ser baseada nos serviços contratados: investimento e re-investimento, custos operacionais e custos de transação, considerando uma TIR compatível com o mercado.

O projeto do Hospital Metropolitano de Barreiro em Belo Horizonte foi o único, entre os analisados, que tornou pública de forma detalhada a composição de investimento e dos custos operacionais. Chama atenção o projeto de Atenção Primária da Saúde do mesmo município ter usado metodologia diferente. Quando questionado em consulta

pública se seria disponibilizada a Planilha Base Orçamentária com a definição dos valores de implantação e operação do projeto, a comissão de PPP informou que não, para não influenciar a análise dos investidores.

Todos os editais analisados apontam que foi realizado estudo detalhado de investimento e operação. No entanto, ficou exposta a fragilidade desses estudos, principalmente nos projetos que envolvem mais de uma unidade. Durante o período de consulta pública, houve uma série de questionamentos sobre os valores máximos apontados em editais, fazendo com que o poder público fizesse modificações antes da licitação, como no projeto da Modernização da Rede Hospitalar do Município de São Paulo e na Atenção Primária da Saúde de Belo Horizonte.

Compartilhamento apropriado de risco, de maneira a que os riscos sejam alocados à parte que pode melhor controlá-los ou absorvê-los, é premissa de sucesso de um projeto de PPP. Quanto melhor a capacidade de gerenciamento de um risco por uma dada parte, menor o valor a ser cobrado por ela para assumi-lo. No entanto, é preciso lembrar do conceito de que contratos são sempre imperfeitos, logo nunca vão conseguir prever todas as possibilidades, principalmente em um horizonte tão longo quanto o das PPPs. Um entrevistado listou os dois principais erros na modelagem jurídica de PPP em relação à partilha de riscos: “*atribuição ao concessionário de riscos controlados pelo poder público e atribuição ao concessionário de riscos não controláveis*”. No setor saúde, o risco da demanda é sempre preocupante. No caso de projeto bata branca, o impacto é ainda maior.

Apesar dos modelos estudados não darem ênfase às garantias de pagamento, a Lei Federal previu, no seu artigo 8, uma série de garantias que visam assegurar a execução das obrigações pecuniárias contraídas pela Administração Pública em contratos de PPP. Nas consultas públicas de todos os projetos analisados surgiram questionamentos sobre os fluxos de pagamentos e fundo garantidor. O parceiro privado precisa se resguardar do inadimplemento do parceiro público. Conforme os entrevistados, “*o principal problema pelo insucesso do projeto do Município de São*

Paulo foi a fragilidade das garantias". No Brasil, não existe um modelo único de fundo garantidor, sendo ele definido de diferentes maneiras por cada município ou estado. No entanto, vale ressaltar que essa questão é considerada fator crítico de sucesso de um projeto de PPP.

Segundo um entrevistado, os projetos de PPP geralmente são interrompidos em três momentos: *"o primeiro e melhor, porque não se perde muito tempo e dinheiro, é na fase de contratação dos consultores externos; o segundo, é na fase de modelagem financeira, quando se apresenta ao responsável pela tomada de decisão o preço final do negócio; e o terceiro é quando depois de meses modelando a parte técnica e financeira do projeto, a Procuradoria manda suspender e rever o processo"*. Nos projetos estudados foi possível observar exemplos de suspensões em todas essas fases. Por isso, a importância de usar um roteiro, como apontado nos modelos estudados, no desenvolvimento de projetos de PPP, pois ele permite detectar e corrigir erros precocemente, evitando desperdício de recursos.

Considerando o estágio inicial de implantação de PPP no setor saúde no Brasil, é prudente assumir que os modelos de análise de projetos deverão percorrer um ciclo evolutivo. Em julho de 2014, há pouca referência nacional quanto à *performance* de projetos similares, e incertezas quanto à real demanda a ser atendida, particularmente à luz do princípio do acesso universal a saúde. Uma vez registrados os resultados dos projetos pioneiros, será possível a evolução do processo de análise de projetos de PPP para um modelo mais quantitativo e comparativo.

Nesse estágio inicial, os modelos deverão reforçar a ênfase em criar linhas de princípios a seguir, uma vez que não será viável ser tão prescritivo, por falta de referencial (estudos empíricos). Diante disso, esse trabalho identificou as seis dimensões mais críticas para o sucesso da implantação de PPP no setor saúde no Brasil.

I. Definição do objeto de contrato

A tomada de decisão do gestor público por implementar uma PPP envolve: verificar necessidades; originar ideias de projetos; definir objetivos e benefícios; estudar viabilidade; decidir investimento; e priorizar projetos potenciais para o desenvolvimento, alinhados com o planejamento/política. Essas ações são interligadas, fazendo com que o resultado de uma, provoque interferência no desenvolvimento de outra.

Primeiro é preciso realizar o estudo das necessidades, baseadas na demanda e na capacidade instalada. Em alguns projetos, foi relatado pelos entrevistados que não houve estudo de demanda, mas sim uma definição de produção com base nos serviços contratados. Isso é arriscado, como visto no projeto do Hospital do Subúrbio, pois acarreta a necessidade de revisões de contratos e mudanças de escopo e produção contratada.

Na definição dos objetivos, é fundamental conciliá-los com a viabilidade de investimento do setor público (custo aprovado para o projeto). Um entrevistado, que participou da elaboração de dois projetos estudados, explicou o que acontece na maioria das vezes: *“esses projetos de PPP são quase que máquina de sonhos, são caixas de Pandora”*. Primeiro o gestor público resiste a fazer, porque é estatização, privatização, etc. Quando toma a iniciativa, precisa demonstrar para a população e para os demais *stakeholders* que o projeto vai prover toda a infraestrutura necessária para a assistência à saúde: *“os estudos técnicos começam sempre com um mundo de sonhos, como resolver todos os problemas que temos na prestação daquele serviço”*. Então, na elaboração do edital, todos começam a incluir exigências e nível de qualidade elevado. É evidente que esse nível de qualidade e de infraestrutura vai custar mais caro que a forma ordinária e tradicional de se prestar serviço público de saúde no Brasil: *“no momento em que começa a calcular o preço, não cabe no orçamento”*. Esta é uma das questões que transparece quando da decisão de uma empresa se apresentar para a licitação: é fundamental optar se vale ou não a pena. O mesmo pode ser dito sob o ponto de vista do concedente: qual o seu limite para

qualidade e para preço e qual dos dois ele pretende privilegiar. A modelagem financeira, segundo o entrevistado, geralmente aponta que “*o sonho que o gestor queria realizar não cabe no bolso*”. Esse é o momento em que os projetos geralmente param ou atrasam, porque é preciso decidir entre “*cortar o sonho para caber no orçamento ou negociar orçamento para que consiga pelo menos manter parcialmente o projeto dos sonhos*”.

A análise do escopo do projeto envolve também a definição da inclusão ou não da assistência. Projetos bata branca ou bata cinza são definidos com base na disponibilidade (quantidade, especialização e qualidade) de profissionais assistenciais na gestão direta ou em outras modalidades de gestão em funcionamento. No entanto, vale ressaltar que a inclusão do serviço assistencial aumenta muito o valor do projeto, impedindo muitas vezes a decisão por essa opção, como visto no caso do Instituto Couto Maia na Bahia.

Por fim, mas não menos importante na tomada de decisão, vem a priorização de projetos. Essa análise deve considerar, entre outros fatores, a rede de assistência, evitando assim a fragmentação ainda maior do sistema de atenção a saúde.

II. Análise de *Value for Money*

O estudo do *VMF* é fundamental para o sucesso de um projeto de PPP. No entanto, ainda há divergências sobre de que forma realizar essa análise no setor saúde no Brasil: quantitativa e/ou qualitativa. Para uma análise quantitativa confiável, são necessários dados de custos do setor público para a composição do Projeto Público de Comparação (PPC). Não é exclusividade brasileira, nem do setor saúde, a grande dificuldade na obtenção desses dados e a sua veracidade. É imperativa também, a observância dos custos de transação, garantindo que serão contemplados os custos de estudo, negociação, contrato, monitoramento, renegociação, entre outros. Na composição do Projeto Privado de Referência (PPR) deverão ser incluídos todas as exigências contratuais, de investimento, desempenho e qualidade. Logo, a análise

quantitativa, somente comparando PPC e PPR, não traz ganhos ao estudo de *VFM* do setor saúde brasileiro. É preciso realizar a análise de custo benefício, capturando o resultado do projeto como um todo.

Por outro lado, a análise de *VFM* qualitativa busca avaliar a conveniência e oportunidade do projeto. Para isso, é preciso garantir a observância de: elegibilidade do projeto, alinhamento com o planejamento e política de governo, resultados esperados, flexibilidade operacional, eficiência da gestão privada, compartilhamento de riscos, inovação, fluxos de pagamento, mecanismos de ajustes, fundo garantidor, busca de parceiros, gestão de contrato, responsabilidade fiscal, entre outros.

Conforme os modelos de análise de mérito estudados e as entrevistas realizadas, é preciso considerar o *Value for Money* qualitativo, verificando a conveniência e a oportunidade da elaboração do projeto por meio de PPP. No entanto, existe uma diferença entre as posições: os modelos apontam que a análise qualitativa deve ser realizada para complementar a análise quantitativa e os entrevistados afirmaram que a análise do mérito dos projetos de PPP no setor saúde no Brasil são realizadas, exclusivamente, por meio de estudo de *VFM* qualitativo.

III. Avaliação da Qualidade

Um projeto de PPP não deve ter como único foco os custos, é preciso haver uma percepção da qualidade. O objetivo principal é transformar a prestação dos serviços públicos, introduzindo requisitos de desempenho e qualidade. O primeiro projeto de PPP no setor saúde brasileiro, o Hospital do Subúrbio, incluiu em contrato a obrigatoriedade da obtenção da acreditação hospitalar num prazo de dois anos de funcionamento. Posteriormente, outros projetos também incluíram em seus editais que programas de certificação e qualidade deveriam ser implantados. O principal programa de certificação exigido foi a ONA (Certificação de Acreditação Hospitalar Nível Acreditado).

A título de comparação, a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) exigia acreditação hospitalar para integrar o time de associados. No entanto, em 2013, com “o objetivo de conscientizar e estimular os hospitais sobre a importância da acreditação hospitalar para a qualidade assistencial e segurança do paciente”, lançou o Programa de Incentivo à Qualificação, que consiste na criação de uma nova categoria de hospitais membros – os afiliados. Os novos integrantes têm o prazo de quatro anos para concluir um dos processos de acreditação necessários para se tornar um hospital associado. Para MALIK (2005), embora não haja evidências de melhora na qualidade dos serviços prestados, há alguns indícios que os programas de qualidade levem ao aprimoramento dos processos.

Além dos programas de qualidade e acreditação, os projetos definem indicadores de desempenho e qualidade. O objetivo é alterar o foco dos processos para os resultados. Esses indicadores variam conforme o escopo do projeto. Os entrevistados informaram ter preocupação na definição dos indicadores, a fim de garantir que eles sejam viáveis, do ponto de vista de coleta e acompanhamento.

O Hospital do Subúrbio, com gestão assistencial, definiu como critérios de acompanhamento do desempenho e qualidade:

- Auditoria operacional (existência de: comissão de avaliação de prontuário; comissão de avaliação e revisão de óbitos; comissão de controle de infecção hospitalar; comitê de farmaco-vigilância; comissão intra-hospitalar de doação de órgãos, tecidos e transplantes; e comissão interna de prevenção de acidentes de trabalho)
- Desempenho da atenção (indicadores: intervalo de substituição; índice de renovação; índice de resolubilidade; taxa de atendimentos de usuários em regime de não urgência/emergência; intervalo de tempo para realização de cirurgia de emergência; e taxa de reingresso na UTI adulto durante a mesma internação)
- Qualidade da atenção (indicadores: densidade global de infecção hospitalar; densidade de infecção hospitalar associada a cateter venoso central na UTI)

adulto; taxa de mortalidade institucional; taxa de mortalidade operatória; taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio; taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral; taxa de mortalidade de pacientes com sepse; e taxa de ocorrência de úlcera de decúbito)

- Gestão da clínica (evidência: implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em urgência e emergência)
- Inserção no sistema de saúde (indicadores: taxa de atendimento aos usuários encaminhados pelo complexo regulador; e garantia de continuidade da atenção)
- Gestão das pessoas (indicadores: percentual de médicos com título de especialista; relação enfermeiro/leito; índice de atividades de educação permanente; e taxa de acidente de trabalho)
- Controle social (prover meios de escuta dos usuários; e avaliação da satisfação do usuário)
- Humanização (evidências: implantar e manter grupo de trabalho em humanização para viabilizar as diretrizes do programa HUMANIZASUS).

O Hospital Metropolitano de Barreiro, com gestão bata cinza, definiu como principais critérios de acompanhamento do desempenho e qualidade, os índices de: qualidade, que avalia a qualidade do serviço prestado pela concessionária; disponibilidade, que avalia o grau de disponibilidade da infra-estrutura e serviços; e conformidade, que avalia a conformidade às normas, certificados e relatórios exigidos. Os indicadores definidos foram:

- Índice de Qualidade (satisfação de pacientes e acompanhantes; satisfação dos profissionais; e índice de qualidade técnica)
- Índice de Conformidade (conformidade de normas; e conformidade de relatórios)
- Índice de Disponibilidade (disponibilidade de utilidades – energia, água, gases; disponibilidade de estruturas gerais – infraestrutura predial e de equipamentos; disponibilidade de atendimento – leitos de atendimento aos pacientes; disponibilidade de tecnologia – *hardware* e *software*).

Vale ressaltar também que os requisitos de investimento, apontados nos editais estudados, definem minuciosamente critérios de estrutura e equipamentos a serem adquiridos pelas concessionárias.

Portanto, a avaliação do projeto de PPP não pode se limitar a uma análise de custos, é preciso verificar também o escopo e qualidade do serviço prestado. Para os entrevistados: *“o importante é demonstrar que a PPP poderá proporcionar ganhos de eficiência, sem comprometer os resultados esperados pelo governo”*.

IV. Parceria com o Privado

Para o sucesso de um projeto de PPP é preciso buscar parceiros privados com interesse e capacidade técnico-financeira. Para atrair investidores interessados, o projeto precisa ter: viabilidade comercial, fundo garantidor, mecanismos de ajustes, gestão de risco, etc. Quanto mais especificação e segurança o setor público transmitir, menos o setor privado necessita precificar incertezas. Por outro lado, o setor público deve exercer seu papel de contratante, exigindo das SPE requisitos elevados de capacidade: garantia de proposta, proposta técnica, proposta econômica e documentos de qualificação (habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira, comprovação de regularidade fiscal, entre outros).

Primeiro é preciso analisar quem são os atuais parceiros dos projetos já licitados no setor saúde no Brasil, com base na área de atuação, porte, localização, etc. O Hospital do Subúrbio da Bahia, por ter um escopo de contrato um pouco diferente dos demais (sem construção e com bata branca), tem como parceiro privado uma SPE formada por: uma empresa de facilities, de origem francesa, a Dalkia Brasil S.A. (desde 2013 chama-se Vivente) e uma empresa de medicina de grupo, baiana, Promédica Patrimonial S.A. O Hospital Metropolitano de Barreiro em Belo Horizonte, tem como parceiro privado uma SPE formada por: Dalkia Brasil S.A. (desde 2013 chama-se Vivente); pela construtora Andrade Gutierrez S.A.; e por uma empresa de segurança empresarial, a Gocil Segurança e Serviços. O ICOM da Bahia tem como parceiro

privado uma SPE formada por duas empresas baianas: a construtora MRM e a SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda. O projeto das Unidades Básicas de Saúde da Família de Manaus, tem como parceiro privado uma SPE formada por: uma empresa de serviços de limpeza e conservação, a Magi Clean Administradora de Serviços Ltda. e a SH Engenharia e Construção Ltda. O projeto dos Complexos Hospitalares do Estado de São Paulo, tem como parceiro privado a Construcap – CCPS Engenharia e Comércio S.A.

Os dois projetos da Bahia, com exceção da Dalkia, que é de origem francesa, foram vencidos por empresas baianas. No projeto do HS só existia um concorrente, desclassificado antes da licitação (12 de março de 2010); e no projeto do ICOM (21 de janeiro de 2013) não havia outro consórcio interessado. Na licitação de Manaus (maio de 2012) também só houve um licitante. No projeto do Hospital de Belo Horizonte, a SPE que havia vencido a licitação (18 de janeiro de 2011) desistiu do projeto e a segunda colocada assumiu. A licitação do projeto do Estado de São Paulo (2 de julho de 2014) foi o primeiro que houve alguns grupos nacionais interessados. Todos eles eram liderados por construtoras – Mendes Junior, Odebrecht e Construcap. Não é possível saber ao certo porque esse projeto foi o mais concorrido, no entanto vale ressaltar que foi o último a ser licitado. É preciso aguardar os próximos projetos para verificar se o mercado está mais interessado em PPP do setor saúde.

Outra questão envolvendo o parceiro privado é a gestão conjunta. Na maioria dos projetos estudados, a gestão assistencial será realizada diretamente pelo Estado, mas no projeto do Estado de São Paulo a assistência será gerenciada por uma Organização Social. Chamou atenção a SES-SP desistir da inclusão do CERTOO por causa de possíveis problemas de gestão conjunta entre a Autarquia HC-USP e a PPP, devido a peculiaridades identificadas no caso de uma unidade ligada a uma Faculdade de Medicina. As regras e indicadores de desempenho e qualidade dessa gestão conjunta (bata branca e bata cinza) precisam estar muito bem definidas em contrato. Além disso, como consta no projeto do Estado de São Paulo, pode haver um Comitê de Interface, com a Secretaria funcionando como instância de recurso. No projeto

Municipal de São Paulo, não estava previsto um Comitê. De acordo com o gestor entrevistado, a Organização Social seria responsável pela fiscalização dos serviços executados pela PPP. No entanto, ainda não é possível afirmar qual a melhor forma de gerenciamento, pois não existe nenhum projeto nesse formato em funcionamento.

V. Mecanismos para renegociações

Dada a recente implantação de PPPs e a relativa falta de referência, aliadas ao longo prazo dos contratos, é necessário criar mecanismos que, por um lado, dêem garantia ao parceiro privado de que poderá rediscutir mudanças de escala e de escopo e que, por outro, proteja o setor público de constantes necessidades de re-equilíbrios de contratos. Estudos técnicos inadequados podem: sub ou superestimar demandas, avaliar erroneamente estruturas e equipamentos, sub ou superestimar valores de terceirização de serviços, entre outros. A precificação precisa ser realizada com base nos resultados contratados e os contratos devem contemplar os fluxos de ajustes.

No entanto, para facilitar a demonstração da escolha da PPP como alternativa adequada de gestão e diminuir questionamentos, um consultor entrevistado explicou que “*existe uma pressão política para diminuir o valor do projeto*”. Como foi apontado, no caso da PPP do Hospital do Subúrbio (Bahia), o valor máximo de contraprestação definido em contrato foi abaixo do necessário para manter o equilíbrio econômico-financeiro. Foi preciso realizar alguns termos aditivos de reequilíbrios e diversos aportes financeiros extras. A SESAB justificou esses ajustes com base em algumas modificações contratuais: aumento de 45 leitos de clínica médica, reversão de 20 leitos de terapia semi-intensiva adulto em terapia intensiva, ampliação de 30 leitos de internação domiciliar e ajuste de alguns indicadores de desempenho.

Pelo ponto de vista do Estado, análise financeira subestimada leva à necessidade de ajustes ao longo do percurso, não possibilitando uma previsibilidade do contrato. Pelo ponto de vista do parceiro privado, valores muito baixos de contraprestações inviabilizam o interesse, “*esvaziando a licitação*”. Como foi apontado no modelo de

análise de mérito, governos também precisam considerar a viabilidade comercial dos projetos; no entanto, sob outra ótica, pois renegociações sem controle podem se tornar válvulas de vazamento de recursos públicos. Os modelos demonstram também que, renegociações devem ser evitadas quando possível e que um bom uso de provisões de ajustes pode torná-las desnecessárias.

VI. Garantia da *accountability*

As definições dos requisitos de desempenho e qualidade apontadas nos modelos de análise de mérito estudados demonstram cuidado em estabelecer critérios objetivos de avaliação. É necessário viabilizar a vinculação da remuneração ao alcance de metas e padrões de desempenho. MONTEIRO (2014), sugere que a ênfase nas fases iniciais dos projetos de concessão – estudos de viabilidade e documentos contratuais – deve ceder lugar ao acompanhamento mais minucioso da execução propriamente dita, pois o contrato redigido adequadamente serve de guia para uma prestação adequada do serviço concedido, mas não a garante.

O único projeto de PPP no setor saúde em funcionamento no Brasil em julho de 2014, indica que o Estado precisa evoluir na função de contratante e nos mecanismos de *accountability*: apesar dos indicadores do hospital estarem publicados no *site* da instituição, não é possível saber o tratamento dado ao eventual não cumprimento de metas; a verificação de contrato pela Secretaria da Saúde, principalmente dos indicadores qualitativos, está defasada devido à troca dos integrantes da comissão de acompanhamento do contrato; apesar dos termos aditivos estarem publicados no *site* da Secretaria da Fazenda do Estado, os aportes financeiros extras não foram divulgados; e a comunidade, por meio dos líderes comunitários, não faz parte de qualquer conselho administrativo ou comitê da instituição.

Projetos de PPP precisam ter transparência e devem ser monitorados, avaliados e controlados não apenas pelos gestores públicos, mas também pela população. Os documentos precisam ser disponibilizados, desde a fase de estudo dos projetos até o

final do período de contratação. Os indicadores de desempenho e qualidade precisam ser publicados periodicamente, assim como as medidas tomadas pelo contratante em caso de descumprimento contratual.

6. CONCLUSÃO

A presente tese de doutorado teve como objeto de estudo a Parceria Público-Privada – PPP, regida pela Lei Federal nº 11.079 de 2004. O objetivo traçado visou compreender a análise de mérito de projetos de PPP, com ênfase no setor saúde. Para isso, foram analisados conceitos e questões apontadas na literatura e nos modelos de análise de mérito de projetos, a fim de identificar como esses foram aplicados nas experiências do setor saúde no Brasil até junho de 2014. Em resposta à pergunta de pesquisa sobre **como as avaliações ex-ante podem contribuir para a análise do mérito de projetos de PPP no setor saúde**, este trabalho sugere a necessidade de se garantir:

- Estudo de pré viabilidade e de necessidade (definição técnica) e demanda (desejo do usuário), com base em dados epidemiológicos, capacidade instalada e demanda reprimida, para dimensionamento correto do projeto.
- Definição de objetivos e escopo do projeto (portfólio de serviços, especificações, dimensionamento, projetos arquitetônico e executivo), conciliando com a viabilidade de investimento do setor público, a fim de evitar elaboração de projeto fora da capacidade financeira.
- Definição, de forma objetiva, dos níveis de serviços esperados (indicadores de desempenho e qualidade) com vinculação da remuneração do parceiro privado ao alcance de metas e disponibilidade de serviços, para garantir os resultados esperados.
- Realização de estudos jurídicos relativos às responsabilidades contratuais e aos principais riscos do projeto e a melhor forma de gerenciá-los, a fim de atribuir a cada uma das partes a obrigação de assumir as conseqüências de ocorrências futuras. A premissa adotada é que, quanto melhor a capacidade de gerenciamento de um risco por uma dada parte, menor o valor a ser cobrado por ela para assumi-lo.

- Levantamento dos investimentos necessários e suas regras de depreciação; dos custos operacionais (insumos, mão de obra, utilidade pública, entre outros); e custos de transação, para verificação da sustentabilidade financeira do projeto.
- Estabelecimento do fluxo de pagamentos e mecanismos de ajuste, a fim de fornecer garantia ao parceiro privado de que poderá rediscutir mudanças e proteger o setor público de constantes necessidades de re-equilíbrios de contratos.
- Definição do fundo garantidor, a fim de assegurar o pagamento das obrigações assumidas pelo poder público nos contratos de PPP.
- Composição da contraprestação com CAPEX (investimentos e re-investimentos), OPEX (despesas operacionais e receitas líquidas) e impostos (sobre receitas e sobre resultados), considerando uma TIR compatível com o mercado, para garantir a viabilidade comercial do projeto.
- Entendimento da dinâmica do mercado, por meio de verificação de interesse e capacidade técnico-financeira, a fim de atrair os melhores parceiros privados para o projeto.
- Respeito às leis e regulamentações que definem as regras e fronteiras da implementação das PPPs, incluindo as legislações específicas da gestão de finanças públicas e as leis e regulamentações setoriais, para evitar ilegalidades, transgressões, questionamentos e impugnações.
- Atendimento aos requisitos de accountability, garantindo transparência ao processo e controle social.

- Verificação do *Value for Money*, por meio de análise de conveniência e oportunidade do projeto, a fim de obter uma combinação ótima de custo-benefício ao fornecer os serviços que os usuários necessitam.

Não há um modelo único para a elaboração de projetos de PPP. Os modelos de um governo evoluem com o tempo, freqüentemente, em resposta a desafios enfrentados. Nos estágios iniciais de um programa, a ênfase pode estar em torná-los viáveis, por meio da análise do mérito.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho, cabe ressaltar algumas limitações. A primeira, refere-se à impossibilidade de análise quantitativa comparativa de *performance* de projetos de PPP no setor saúde, devido à existência de pouca referência nacional. Outra restrição foi o fato de só terem sido entrevistados atores favoráveis à PPP, apesar deles terem apontado críticas, dificuldades e fragilidades da modalidade. Por fim, deve-se destacar que, a despeito do estudo sobre o projeto de Unidades Básicas de Saúde da Família de Manaus, não foi possível a realização, devido à aparente falta de transparência do processo, com a dificuldade de acesso aos documentos oficiais do projeto, diferentemente do que ocorreu com outros casos, e à impossibilidade de realização de entrevista, mesmo depois de múltiplas tentativas de contato nos meses de abril, maio e junho de 2014.

Este trabalho registrou a evolução das Parcerias Público-Privadas (PPPs) no setor saúde no Brasil. Pode-se sugerir algumas novas possibilidades de pesquisa, entre as quais destacam-se:

- Acompanhamento dos projetos de PPP do setor saúde brasileiro, verificando os resultados de médio e longo prazo.
- Análise quantitativa comparativa de *performance* de projetos de PPP no setor saúde no Brasil.
- Comparação dos resultados das unidades de PPP com unidades gerenciadas na modalidade de gestão direta.
- Comparação dos resultados das unidades de PPP com unidades gerenciadas na modalidade de Organização Social.

Sobretudo, este estudo identificou a necessidade de continuar o debate sobre o assunto, não apenas de forma ideológica, mas sim considerando também o ponto de vista técnico, avaliando seus benefícios e riscos. Das entrevistas realizadas pôde-se notar que há ainda um grau importante de desconhecimento do processo de análise de mérito das PPPs na saúde. Uma base factual robusta traria certamente um maior grau de objetividade a essa discussão.

8. BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, F.L. A Experiência Nacional. PPP na Saúde: Experiências e Tendências. Revista do GVsaúde da FGV-EAESP. Edição Especial, Junho de 2012.

ALLARD, G.; CHENG, A. Public-Private Partnerships in the Spanish Health Care Sector. EPPPL: European Public Private Partnership Law Review, v. 4, n. 2, 2009.

ANDRADE, E.O.; ANDRADE, E.N.; GALLO, J.H. Estudo de caso de oferta induzindo a demanda: o caso da oferta de exames de imagem (tomografia axial computadorizada e ressonância magnética) na Unimed-Manaus. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 57, n. 2, Apr. 2011 .

ANDRADE, L.R. A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia. / Laíse Rezende de Andrade. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

ARAGÃO, J.A.; ET AL. Parcerias Sociais para o Desenvolvimento Nacional. EDUFRN, Natal. 2004

ATHAYDE, L.A. Modelos alternativos de financiamento com ênfase na infra-estrutura: parcerias público-privadas - PPP. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002.

BELLI, P.; ET AL. Economic Analysis, of Investment Operations. Analytical Tools and Practical Applications, WBI, World Bank, Washington D.C. 2001

BELSITO, B.G.; VIANA, F.B. O limite de comprometimento da Receita Corrente Líquida em contratos de parceria público-privada. Revista do BNDES 39, p. 123-160. Junho, 2013.

BESANKO, D.; ET AL. Economics of Strategy. Chapter 3 – The Vertical Boundaries of the Firm. Hardcover, 2009

BRASIL. Lei n. 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília, 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 44. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o Pacto Pela Saúde: Nota técnica. Volume I. Portaria GM/MS 399/2006. Brasília: CONASS, 09 de Maio de 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS. Para entender a gestão do SUS – Volume 1. Coleção Progestores, 291 p. Brasília: 2007.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, v. 78, n. 182, p.18055, Seção 1, 20.09.1990.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Brasília, 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 96: Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, v. 89, n. 20E, 29.01.2001, Seção 1, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 1992. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS -SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, v. 89, n. 40E, 28.02.2002, Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, v. 81, n. 96, 24.05.1993, Seção 1, p.6960.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Brasília: Departamento de Informática do SUS, 2012b. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 20 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Imprensa Nacional, 1995.

BROADBENT, J. and LAUGHLIN, R. 'The Role of PFI in the UK Government's Modernisation Agenda', *Financial Accountability and Management*, 21(1), 75-97. 2005.

CAMPOS, A.C. – Por um sistema de saúde mais eficiente. *Cadernos de Economia*. Ano XX : 80 (Julho/Setembro 2007) 9-15.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, v. 24, n. 2, p. 30-50, fev/abr. 1990.

CARRERA, M.B.M. PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE NO BRASIL: Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. / Mariana Baleeiro Martins carrera. - 2012. 106 f.

CINTRA, M. MODELAGEM DE PPPs: Pré-requisitos fundamentais e suas implicações. Cadernos, FGV Projetos. Ano 9, nº 23. Rio de Janeiro, 2014.

CLAD (Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento). La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana. Caracas: CLAD; Buenos Aires: Eudeba, 2000.

COSTA, F.L. Estado, reforma do Estado e democracia no Brasil da Nova República. Revista de Administração Pública, v. 32, n. 4, p. 71-82, 1998a.

COSTA, F.L. A reforma do Estado e as organizações sociais: programa de estudos e pesquisas em reforma do Estado e governança. Revista de Administração Pública, v. 32, n. 5, p. 209-213, 1998b.

DEMIRAG, I.; ET AL. Accountability and value for money: a theoretical framework for the relationship in public-private partnerships. Journal os Management Government. New York, v. 15, p. 271-296, 2011.

DEPARTMENT OF HEALTH. Treasury's Value for Money Assessment for PFI - Guidance for NHS build Schemes. Reino Unido, 2008.
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsProcurement/DH_4120220> Acessado em 20 de Julho de 2014.

DEPARTMENT OF HEALTH. Treasury's new value for money assessment for PFI guidance for NHS build schemes overview. Reino Unido, 2005.
<<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod>

_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4120115.pdf> Acessado em 20 de Julho de 2014.

DI PIETRO, M.S.Z. Parcerias na administração pública: concessão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 8 ed. São Paulo: Atlas. 2011.

DI PIETRO, M.S.Z. Direito administrativo. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2006

EDELENBOS, J.; KLIJN, E. Project versus process management in public-private partnership: relation between management style and outcomes. *International Public Management Journal*, v. 12, n. 3, p. 310-331, 2009.

ENGLER, M. Lições aprendidas com a Linha 4 do Metrô de São Paulo. *Cadernos, FGV Projetos*. Ano 9, nº 23. Rio de Janeiro, 2014.

FERLIE, Ewan et al. A nova administração pública em ação. Brasília, DF: Universidade de Brasília: ENAP, 1999.

FISCHER, R.M. Estado, Mercado e Terceiro Setor: uma análise conceitual das parcerias intersetoriais. *Revista de Administração - RAUSP*, vol. 40, núm. 1, jan-mar, 2005, pp. 5-18.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... ³/₄ considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n. 2, p. 292-318, 2001.

GRILO, L. M.; ALVES, R. T. Guia Prático de Análise do Value for Money em Projetos de PPP. São Paulo, 2011. 90 p.

GRILO, L.M. Modelo de Análise da Qualidade do Investimento em Projetos de Parceria Público-Privada. L.M. Grilo. 400 p. São Paulo, 2008

GROUTE, P.A. Public and private sector discount rates in public–private partnerships. *The Economic Journal*. Volume 113, Issue 486, pages C62–C68, Março, 2003.

HEALD, D. (2003), Value for money tests and accounting treatment in PFI schemes. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 16 No. 3, pp. 342-71.

HM TREASURY. *The Orange Book. Management of Risk - Principles and Concepts*. Londres: HM Treasury, 2004.

HM TREASURY. *PFI: Meeting the investment challenge*. Londres: HM Treasury, 2003.

INSTITUTE FOR PUBLIC POLICY RESEARCH. *Building Better Partnerships*. London: IPPR, 2001.

KOPPENJAN, J.F.M. The Formation of Public-Private Partnerships: Lessons from Nine Transport Infrastructure Projects in The Netherlands. *Public Administration*. Volume 83, Issue 1, pages 135–157, March 2005

KURY, F. *Visão de investimentos financeiros para PPPs no Brasil*. Cadernos, FGV Projetos. Ano 9, nº 23. Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, S.M.L.; RIVERA, F.J.U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2507-2521, 2012

MALIK, A. M. “Quem é responsável pela qualidade na saúde?”. *Revista de Administração Pública*, v. 39, n. 2, p. 351-364, Mar./Abr. 2005.

MARTINS, H. F. *Reforma do Estado na era FHC: diversidade ou fragmentação da agenda de políticas de gestão pública?* São Paulo: 2002.

MEDICI, A. C. Do Global ao Local: os desafios da saúde no limiar do século XXI. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.

MELO, P.; CAMPOS, D.D. PPPs in the Portuguese Health Sector. EPPPL: European Public Private Partnership Law Review, v. 4, n. 3, p. 177-178, 2009.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 21 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>.

MINGO, E. PPP na Saúde: Experiências e Tendências. A Experiência Espanhola. Revista do GVsaúde da FGV-EAESP. Edição Especial, junho de 2012.

MODESTO, Paulo. Nova Organização Administrativa Brasileira: estudo sobre a proposta da Comissão constituída pelo Governo Federal para Reforma da Organização Administrativa Brasileira. 2. ed. Belo Horizonte: Forum, 2010.

MONTEIRO, J.M. Depoimento - Ministro do Tribunal de Contas da União. Cadernos, FGV Projetos. Ano 9, nº 23. Rio de Janeiro, 2014.

NATIONAL TREASURY. Public Private Partnership Manual National Treasury. África do Sul, 2004. < http://www.dwaf.gov.za/dir_ws/wsnis/vdfileload/file.asp?ID=1023> Acessado em 20 de Julho de 2014.

NOGUEIRA, R.P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

OECD. How to attain value for money: comparing PPP and traditional infrastructure public procurement. OECD Journal on Budgeting, Volume 2011/1.

OECD. Dedicated Public-Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structures, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264064843-en. OECD, 2010.

OECD. Modernising Government: the Way Forward. In: OECD. The Use of Market-type Mechanisms to Provide Government Services. Paris: OECD, 2005. p.129-55.

OECD. Public Sector Modernization: Changing Organizational Structures. Policy Brief, set. 2004a.

OECD. Public Sector Modernization: Governing for Performance. Policy Brief, out. 2004b.

OSBORNE, S.P. The new public governance? Public Management Review, v. 8, n. 3, p. 377-387, 2006.

PARTNERSHIPS BRITISH COLUMBIA. Guidance for Quantitative Procurement Options Analysis. Canada, 2009 < <http://www.partnershipsbc.ca/files-4/governance-practices.php> > Acessado em 20 de Julho de 2014.

PASIN, J.A.B.; BORGES, L.F.X. A Nova Definição de Parceria Público-Privada e sua Aplicabilidade na Gestão de Infra-estrutura pública. Revista do BNDES, Rio de Janeiro, V. 10, n. 20, p. 173-196. Dezembro de 2003.

PECI, A.; SOBRAL, F. Parcerias Público-Privadas: Análise Comparativa da Experiência Inglesa e Brasileira. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. Anais... Salvador: ANPAD, 2006.

PINTO, J.E.N. A percepção de risco nas Parcerias Público-Privadas e a Lei 11.079/2004 e seus mitigantes. <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6156>>. Acessado em 20 de Julho de 2014.

PINHO, J.A.G.; SACRAMENTO, A.R.S. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? Revista de Administração Pública, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, nov./dez. 2009.

POSCHMANN, F. Private Means to Public Ends: the Future of Public-Private Partnerships. Toronto: C.D. Howe Institute, n. 183, 33p. (C.D. Howe Institute Commentary), 2003.

PORTUGAL, M.; PRADO, L. N. Comentários à lei de PPP – Parceria Público-Privada: fundamentos econômico-jurídicos. São Paulo: Malheiros, 2007.

PPP CANADA. P3 Business Case Development Guide: Improving the delivery of public infrastructure through public-private partnerships. <<http://www.p3canada.ca/~media/english/resources%20library/files/p3%20business%20case%20development%20guide.pdf>> Acessado em 20 de Julho de 2014.

REDOSCHI, D.A. Parceria Público-Privada: desafios e oportunidades. Cadernos, FGV Projetos. Ano 9, nº 23. Rio de Janeiro, 2014.

ROEMER, M.I. "Bed supply and hospital utilization: a natural experiment." Hospitals. 1961 Nov 1;35:36-42.

SANO, H.; ABRUCIO, F.L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Rev. adm. empres., São Paulo, v. 48, n. 3, Sept. 2008.

SANTO, A.C.G.E.; TANAKA, O.Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, Mar. 2011 .

SUNDFELD, C. A. Debates jurídicos das Parcerias Público-Privadas. Debates GVSaúde, v. 1, 1º semestre de 2006.

SUNDFELD, C.A. Parcerias Público-Privadas. São Paulo: Malheiros, 2005.

SUNDFELD, C.A. O direito e as parcerias empresariais e contratuais entre Estado e particulares. Cadernos, FGV Projetos. Ano 9, nº 23. Rio de Janeiro, 2014.

THE WORLD BANK. Public-Private Partnerships Reference Guide. Version 1.0. <<https://wbi.worldbank.org/wbi/Data/wbi/wbicms/files/drupal-acquia/wbi/WBIPPIAFPPPReferenceGuidev11.0.pdf>> Acessado em 20 de Julho de 2014.

VELLUTINI, R. Entrevista. O direito e as parcerias empresariais e contratuais entre Estado e particulares. Cadernos, FGV Projetos. Ano 9, nº 23. Rio de Janeiro, 2014.

VERESS, T, Public-Private Partnerships in Highway Constructions: Theories and the Hungarian Practice, Hungarian Institute for Transport Sciences, Hungary. 20

ZUCCHI, P.; Del Nero, C.R.; Malik, A.M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços. Saúde Sociedade. 2000;9(1/2):127-50.