

MARINHA DO BRASIL
ESCOLA DE GUERRA NAVAL

GUILHERME CALDAS ALEXANDRE

O Emprego da Parceria Público-Privada no Setor de Radiodiagnóstico do
Hospital Naval Marcílio Dias: Uma Realidade Viável?

Rio de Janeiro
2018

GUILHERME CALDAS ALEXANDRE

O Emprego da Parceria Público-Privada no Setor de Radiodiagnóstico do
Hospital Naval Marcílio Dias: Uma Realidade Viável?

Tese apresentada ao Curso de Política e Estratégia Marítimas para a Escola de Guerra Naval, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Navais.

Orientador: CMG(RM1-IM) Claudio Rodrigues Côrrea

Rio de Janeiro

2018

Dedico esse trabalho ao meu saudoso pai, modelo de determinação e preocupação com o próximo. Seu exemplo de vida sempre inspirará sua família e amigos.

Pai, sempre te amarei.

AGRADECIMENTOS

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim em cada lago a lua brilha, porque alta vive”.

Fernando Pessoa

Agradeço inicialmente a Deus por toda a proteção e por todas as bênçãos recebidas.

A Andréa, minha amada esposa, obrigada por todo amor, dedicação e apoio constante nessa caminhada, que por vezes significou o adiamento de seus próprios sonhos para que, juntos, pudéssemos enfrentar os obstáculos e partilhar as alegrias desse caminho.

Agradeço ao meu querido filho Rafael, amigo de todas as horas, razão do meu viver e a fonte diária de minha inspiração.

Agradeço à toda minha família, em especial à minha mãe e irmã, Silcles e Gisele, que sempre foram meus exemplos e são a luz que ilumina a minha jornada.

Agradeço aos amigos, que se tornaram irmãos, Marcello e Sandra, por me acolherem calorosamente em sua família e pela cumplicidade e carinho dispensados, na certeza de que sem o apoio de vocês minha vida particular e acadêmica seria muito mais difícil.

Agradeço ao meu orientador, CMG (RM1-IM) Claudio Rodrigues Côrrea, pelo incentivo constante e pelo inestimável auxílio no trabalho de orientação desta tese.

Aos amigos que fiz no decorrer do Curso de Políticas Estratégicas Marítimas, agradeço por todo o apoio bem como pela amizade que levo comigo para além da Academia.

Agradeço, por fim, à Marinha do Brasil, por todo suporte e pela confiança, na certeza de que foram empenhados os melhores esforços para o fiel cumprimento da missão, a fim de compartilhar com a Administração Naval os conhecimentos recebidos que tanto valor agregaram ao processo de aperfeiçoamento profissional.

*“O mar é o grande avisador. Pô-lo Deus a bramir junto ao nosso sono,
para nos pregar que não durmamos”.*

Rui Barbosa

RESUMO

No serviço de Radiodiagnóstico do Hospital Naval Marcílio Dias, em decorrência das dificuldades de obtenção de recursos humanos para emissão de laudos de imagens e de redistribuição de recursos para contratação de empresas terceirizadas que supram integralmente essa carência, a Parceria Público-Privada surge como uma possível solução. Tal modelo, que já vem sendo aplicado em diversos países para prover a crescente necessidade de serviços aliada à escassez de recursos, pode apresentar-se como uma alternativa que poderá suprir essa deficiência, como também proporcionar novas tendências para aplicação no Sistema de Saúde da Marinha. Este trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa exploratória do tipo revisão narrativa, seguida de um estudo de caso, que busca identificar a exequibilidade do emprego da Parceria Público-Privada no Setor de Radiodiagnóstico do Hospital Naval Marcílio Dias, como também os benefícios e riscos de seu emprego, destacando que, até o momento, não foram realizados estudos semelhantes na Marinha do Brasil. As Parcerias Público-Privadas apontaram ser uma alternativa viável em vários países para alcançar a execução de políticas públicas sociais. Os benefícios das Parcerias Público-Privadas se relacionam a aumento de investimentos em infraestrutura e na crença de que os serviços prestados pelo setor privado serão mais eficientes do que aqueles prestados pelo público. Os riscos se traduzem nos altos custos de transação do projeto e no processo de inovação limitado. Os agentes públicos e os privados devem considerar, por meio de ferramentas como o *Value for Money* e a matriz de risco, a viabilidade e efetividade dos projetos, com o propósito de mitigar os principais riscos de uma Parceria Público-Privada. Respalado pelos resultados observados nos modelos desenvolvidos em muitos países, em destaque Reino Unido e Portugal, e nas experiências implementadas no Brasil, infere-se que existam pressupostos teóricos suficientes que respaldem o emprego da Parceria Público-Privada no Setor de Radiodiagnóstico do Hospital Naval Marcílio Dias, tornando esse projeto viável. Contudo, persiste a necessidade de realização de mais pesquisas empíricas para exploração das lacunas de evidência.

Palavras-chave: Parceria Público-Privada, Saúde, Radiodiagnóstico, Marinha do Brasil, Hospital Naval Marcílio Dias.

ABSTRACT

In the Radiological Diagnosis service of the Naval Hospital Marcílio Dias, due to the difficulties of obtaining human resources for the issuance of images reports and redistribution of resources for hiring outsourced companies that fully meet this shortage, Public-Private Partnership appears as a possible solution. Such model, that has already been applied in the world to provide for the growing need of services coupled with the scarcity of resources, may present itself as an alternative that could fill this gap, as well as offer new trends for application in the Navy Health System. This work consists of a qualitative exploratory research of the type narrative review, followed by a case study analysis which sought to identify the feasibility of the use of Public-Private Partnership in the Radiodiagnosis Sector of the Naval Hospital Marcílio Dias, as well as the benefits and risks of its use, noting that, to date, no similar studies have been performed in the Brazilian Navy. Public-Private Partnership showed to be a viable alternative in many countries to achieve the implementation of public social policies. The benefits of Public-Private Partnership relate to increased infrastructure investments and the belief that private sector services will be more efficient than the public. The risks translate into high project transaction costs and limited innovation process. Public and private agents should consider, via tools such as the Value for Money and the risk matrix, the feasibility and effectiveness of the projects, to mitigate the main risks of a Public-Private Partnership. Supported by the results observed in the models developed in many countries, emphasizing United Kingdom and Portugal, and the experiments implemented in Brazil, it is inferred that there are enough theoretical assumptions that support the use of Public-Private Partnership in the Diagnostic Radiology Sector of Naval Hospital Marcílio Dias, making this project viable. However, there is a continuing need for further empirical research to explore the evidence gaps.

Keywords: Public-Private Partnership, Health, Diagnostic Radiology, Brazilian Navy, Naval Hospital Marcílio Dias.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – Número total de usuários do Serviço de Saúde da Marinha, 2010 – mar. 2018.	64
GRÁFICO 2 – Evolução dos custos com os Órgãos de Saúde Extra-MB, 2006 – mar. 2018.....	66
GRÁFICO 3 – Número total de exames de imagens dos usuários do Hospital Naval Marcílio Dias, 2011 – 2017.....	68

LISTA DE TABELAS

QUADRO 1 – Bases Eletrônicas e termos utilizados na busca bibliográfica.....	17
QUADRO 2 – Nomenclatura de Contratos de Infraestrutura	25
QUADRO 3 – Desenvolvimento e tipos de parcerias público-privadas na Europa.....	32
QUADRO 4 – Desenvolvimento e tipos de parcerias público-privadas na América Latina e no Caribe.....	34
QUADRO 5 – Diferenças entre as contratações tradicionais e as parcerias público-privadas	50
QUADRO 6 – Clínicas e serviços oferecidos	55
QUADRO 7 – Comparação da estrutura do Setor de Radiodiagnóstico do HNMD, 2010 e jun. 2018	67
TABELA 1 – Gastos com emissão de laudos com Órgão de Saúde Extra-MB, 2015 – 2017.	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALC	América Latina e Caribe
AMH	Assistência Médico-Hospitalar
AP	Administração Pública
BM	Banco Mundial
CF	Constituição Federal
CGPPP	Comitê Gestor das Parcerias Público-Privadas
CM	Comandante da Marinha
CSM	Corpo de Saúde da Marinha
EB	Exército Brasileiro
EIU	<i>Economist Intelligence Unit</i>
FGP	Fundo Garantidor das Parcerias
FUSMA	Fundo de Saúde da Marinha
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
MB	Marinha do Brasil
NHS	<i>National Health Service</i>
OM	Organizações Militares
OMS	Organizações Militares de Saúde
OSE	Organização de Saúde Extra-Marinha
PFI	<i>Private Finance Initiative</i>
PM	Plano de Metas
PPI	Programa de Parcerias de Investimentos
PPIP	<i>Public-Private Integrated Partnerships</i>
PPP	Parceria Público-Privada
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

RBD	Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S. A.
SPE	Sociedade de Propósito Específico
SPSM	Sistema de Proteção Social dos Militares
SSM	Sistema de Saúde da Marinha
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas Europeu
TCU	Tribunal de Contas da União
UE	União Europeia
UK	Reino Unido
UNECE	Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa
VfM	<i>Value for Money</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos	15
1.2	Justificativa e Relevância	15
1.3	Metodologia	16
2	PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS	20
2.1	As Origens das Parcerias Público-Privadas	20
2.2	O Conceito	22
2.3	Os Tipos de Parcerias Público-Privadas.....	24
2.4	A Governança para as Parcerias Público-Privadas	27
2.5	O Financiamento para as Parcerias Público-Privadas.....	27
2.6	Avaliação de Parcerias Público-Privadas	29
2.7	A Evolução das Parcerias Público-Privadas na Europa	30
2.8	A Evolução das Parcerias Público-Privadas na América Latina e Caribe.....	33
2.9	A Evolução das Parcerias Público-Privadas no Brasil.....	35
2.9.1	A Parceria Público-Privada no Setor da Defesa	40
2.9.2	A Parceria Público-Privada no Setor da Saúde.....	42
2.9.3	A Parceria Público-Privada no Setor de Radiodiagnóstico	47
2.10	Os Benefícios das Parcerias Público-Privadas	48
2.11	Os Riscos das Parcerias Público-Privadas	51
3	DESCRIÇÃO DO CASO.....	54
3.1	Caso Hospital Naval Marcílio Dias	54
3.2	Elementos de Análise para o Estudo de Caso	58

4	RESULTADOS.....	59
4.1	Análise e Discussão	59
5	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

A carência de recursos dos países, mesmo daqueles mais desenvolvidos, vem motivando seus governos a procurarem fontes alternativas de financiamento para as atividades de suas responsabilidades em benefício da população (REBOLLO *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a Parceria Público-Privada (PPP) pode ser apontada como uma alternativa que busca, por meio de investimentos do setor privado, a eficiência da prestação dos serviços públicos, atendendo aos requisitos de qualidade em paralelo à otimização dos custos, remediando a crescente demanda de serviços reunida com a insuficiência de recursos (FARQUHARSON *et al.*, 2011; TORCHIA; MORNER, 2015; SCHÄFERHOFF *et al.*, 2009).

O Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), principal hospital do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), vem enfrentando uma série de dificuldades para prestar a contento atendimentos médicos a um elevado número de usuários, não encontrando soluções plausíveis a um curto ou médio prazo (NAZARETH, 2018).

Entre os problemas vivenciados pelo HNMD, destacam-se os cerceamentos do Setor de Radiodiagnóstico para realizar e divulgar os resultados dos exames de imagens, em decorrência das dificuldades de obtenção de recursos humanos para emissão de laudos de imagens e de redistribuição de recursos para contratação de empresas terceirizadas que supram integralmente essa carência (FERNANDES, 2018).

Nesse cenário, a PPP, um modelo que já vem sendo aplicado em muitos países para suprir a crescente necessidade de serviços aliada à escassez de recursos, pode apresentar-se como uma alternativa para suprir essa deficiência, como também proporcionar novas tendências de gestão para aplicação no SSM.

1.1 Objetivos

O conceito de PPP vem sendo empregado em diversos países, desde a segunda metade do século XX, para propiciar uma solução à crescente demanda por serviços coligada à carência de recursos e deficiência de financiamentos.

Ao considerar que a PPP já é uma realidade, o objetivo principal deste trabalho é identificar a exequibilidade do emprego da PPP no Setor de Radiodiagnóstico do HNMD. No entanto, para isso, faz-se necessário, previamente, alcançar o objetivo específico que é identificar, também, os possíveis benefícios e riscos do emprego dessa ferramenta no Setor de Radiodiagnóstico do HNMD.

1.2 Justificativa e Relevância

Atualmente, a crise econômico-financeira, notoriamente divulgada pela mídia e vividamente percebida no orçamento dos militares da MB e seus dependentes, interfere diretamente nos fatores psicossociais que, além de manter o *status quo* de atendimento de 6.000 usuários por dia, vem acrescentando cada vez mais utentes ao SSM, face à carestia dos planos de saúde (FRÓES, 2017).

Adicionado a esses problemas, as Forças Armadas brasileiras também enfrentam dificuldades orçamentárias, limitando sensivelmente a parcela destinada ao Setor da Saúde de cada Força. Cabe ainda destacar que o Governo Federal, apesar de ter classificado a maior parte dos recursos destinados à saúde como obrigatórios¹, o que concede privilégios em relação à execução de créditos orçamentários, limitou os acréscimos orçamentários anuais ao valor da taxa de inflação do ano anterior, ou seja, os orçamentos serão apenas corrigidos

¹ As Despesas Obrigatórias são aquelas que a União tem a obrigação legal ou contratual de realizar, ou seja, são despesas cuja execução é mandatória (BRASIL, 2017c).

monetariamente, não prevendo qualquer aumento real que suporte o incremento de novas despesas (BARBOSA JUNIOR, 2018).

Não obstante, assevera-se a dificuldade de contratação de novos integrantes para o Corpo de Saúde da Marinha (CSM), militares ou civis, médicos, enfermeiros e demais especialidades da área de saúde. Essas contratações encontram óbices tanto nas autorizações normativas quanto no impacto orçamentário que poderiam gerar na folha de pagamento de pessoal da ativa e no Sistema de Proteção Social dos Militares (SPSM) (NAZARETH, 2018).

Entre os serviços disponíveis no HNMD, salienta-se o de radiodiagnósticos, que dispõe de instalações e equipamentos suficientes. Contudo, esse enfrenta graves problemas para realizar e emitir os laudos de imagens, cuja fila de espera pode alcançar um prazo de até seis meses (MB, 2017b).

Em decorrência das dificuldades de obtenção de recursos humanos para realização de exames e emissão de laudos de imagens e de redistribuição de recursos para contratação de empresas terceirizadas que supram integralmente essa carência, a PPP surge como um instrumento que poderá minimizar essas deficiências.

1.3 Metodologia

Em relação à metodologia utilizada, foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória do tipo revisão narrativa com o propósito de levantar o conhecimento acumulado sobre o construto de interesse. Para tanto, foram pesquisadas as bases de dados bibliográficas, como por exemplo as bibliotecas eletrônicas MEDLINE, LILACS, SciELO e Cochrane, com posterior leitura crítica dos textos encontrados.

Foram selecionados artigos publicados e documentos oficiais até junho de 2018, incluindo aqueles disponíveis *on line*, não tendo sido realizada qualquer restrição de idiomas.

Pela existência de diferenças nos processos de indexação nas bases de dados bibliográficas, optou-se pela busca por termos livres, sem o uso de descritores, visando ampliar a recuperação de um maior número de referências.

Os termos selecionados foram utilizados na etapa de busca, de acordo com a especificidade de cada base eletrônica de publicações. Primeiramente, o termo PPP foi utilizado de forma isolada e, depois, combinado aos termos mais específicos de forma a refinar a busca por literatura (QUADRO 1).

QUADRO 1
Bases Eletrônicas e termos utilizados na busca bibliográfica

Base de Dados/ Biblioteca Eletrônica	Termos
LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde	Parceria público-privada, Saúde e Radiologia.
MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrieval System Online	Public-private sector partnerships, Health e Radiology
SciELO Scientific Electronic Library Online	Parceria público-privada, Saúde e Radiologia.
Cochrane Library	Public-private sector partnerships, Health e Radiology

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Devido à relevância do estudo para o SSM e mesmo para o Setor da Defesa do Brasil, a pesquisa foi conduzida de forma a buscar bases, pressupostos e regras que consubstanciem a implementação e a aplicabilidade de uma PPP no contexto legal e operacional do Setor de Radiodiagnóstico do HNMD.

Após a busca nessas bases, foram realizadas, adicionalmente, buscas por artigos na literatura cinza², que consistiram na busca de novos estudos dentro das referências dos artigos

² Literatura cinza corresponde a tudo que é produzido em todos os níveis do governo, institutos, academias, empresas e indústria, em formato impresso e eletrônico, mas que não é controlado por editores científicos ou comerciais (GL99, 1999).

já encontrados. Além disso, foram consultadas dissertações anteriores e documentos oficiais do Brasil e da MB.

Para realização da pesquisa foram seguidas as etapas de identificação e seleção dos artigos proposta por Sandelowski e Barroso (2007): identificação do tema; formulação da questão de pesquisa; definição das fontes de buscas de dados; estabelecimento de critérios para seleção de estudos; e seleção e leitura crítica dos artigos.

Todos os artigos e documentos encontrados na busca foram utilizados no presente trabalho. No tocante ao tratamento de dados e informações, para atender aos objetivos propostos, foi realizada uma síntese crítica da leitura selecionada, procurando contextualizar a conjuntura político-econômica, demonstrar a importância do Setor de Radiodiagnóstico, do HNMD e do SSM, como também examinar os conceitos de PPP, identificar as lições aprendidas, seus impactos, benefícios e riscos.

Por se tratar de uma revisão bibliográfica, não foi necessário submeter o trabalho à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa local.

Após a realização da busca bibliográfica, foram encontrados 51 artigos científicos, 18 trabalhos de pós-graduação e 77 documentos pertinentes ao estudo. A maior parte da literatura foi publicada em inglês, espanhol e português, sendo que 53 abarcavam o construto de interesse internacionalmente e 93, em âmbito nacional. Além disso, 106 tratavam das PPP em qualquer área de implementação e legislação correlacionadas e 40, específicos da área de saúde. Foram encontradas quatro publicações pertinentes na área de Radiodiagnóstico.

Este trabalho aborda um fenômeno atual, dentro de um contexto real, ou seja, não se trata de um estudo experimental. No entanto, ocupa-se de uma situação com múltiplas variáveis e dimensões de interesse (YIN, 2010).

Assim, a metodologia de estudo de caso foi empregada em seguida por se mostrar adequada para elaborar esta pesquisa empírica, sendo que uma das justificativas para sua

utilização é a inexistência de casos suficientes para que se possa realizar um levantamento mais amplo (YIN, 2010).

A análise de dados do estudo de caso, apesar de ser o cerne do trabalho, notadamente, sintetiza a parcela mais complicada de se desenvolver (EISENHARDT, 1989; GHAURI, 2004). Dessa forma, para alcançar o melhor entendimento do fenômeno estudado, utilizou-se a estratégia de análise descritiva e comparação do caso com a literatura existente (PAUWELS; MATTHYSSENS, 2004; YIN, 2010).

Consubstanciado na revisão narrativa, foi possível elaborar um conjunto de aspectos relevantes que permitiram o emprego da metodologia de estudo de caso no Setor de Radiodiagnóstico do HNMD.

Por fim, este trabalho está organizado da seguinte forma: neste capítulo, após uma breve introdução do assunto, são apresentados os objetivos da pesquisa, a justificativa e relevância do tema e a metodologia empregada em seu desenvolvimento, definindo o método de pesquisa a ser utilizado, bem como a coleta e análise de dados.

O segundo capítulo descreve a revisão de literatura sobre as PPP, delineando sua evolução, por meio de uma abordagem histórica e características que permitiram a identificação dos benefícios e riscos que caracterizaram esse tipo de contratação, no Brasil e em diversos países, compondo os principais aspectos para a análise e compreensão do caso estudado.

O terceiro capítulo discorre sobre o estudo de caso no Setor de Radiodiagnóstico do HNMD, expondo as características desse nosocômio e pontuando os obstáculos impostos ao Serviço de Radiodiagnóstico.

O quarto capítulo pondera sobre os resultados encontrados, discutindo e analisando o estudo de caso, a luz dos aspectos relevantes observados na revisão da literatura.

O quinto capítulo proporciona uma síntese do estudo, suas principais conclusões e recomendações para futuras pesquisas, identificando a exequibilidade do emprego da PPP no Setor de Radiodiagnóstico do HNMD.

2 PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

Este capítulo apresenta uma revisão da literatura pertinente, descrevendo os aspectos mais relevantes sobre as PPP, englobando suas características básicas, a governança do processo, a forma de a avaliação e a estrutura de financiamento dos projetos. Além disso, expõe-se a evolução das PPP na Europa e na América Latina e Caribe (ALC), com destaque no Brasil e nos Setores da Defesa, da Saúde e de Radiodiagnóstico. Não obstante, identificam-se os benefícios e riscos desse tipo de parceria.

2.1 As Origens das Parcerias Público-Privadas

A crise econômica da década de 70 e a inserção das perspectivas neoliberais, possibilitaram que o setor privado participasse de forma mais ampla nas políticas públicas, valorizando o mercado, a perspectiva empresarial e desqualificando o Estado como único provedor das políticas sociais e bens públicos. Esses ajustes macroeconômicos estruturais e as reformas setoriais foram suportados pelos Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (KAMAT, 2004).

A implementação de parcerias entre os governos e as empresas, mais do que qualquer debate envolvendo aspectos ideológicos, passa pelo surgimento de um novo padrão de relacionamento entre os poderes público e privado (CINTRA, 2014).

Já nos anos 90, era observada uma maior interação do ente privado no processo decisório setorial e na governança global, concomitante com a elevação do poder político desses atores e o aumento de recursos para a saúde (ALMEIDA, 2017; BUSE; WALT, 2000; BUSE; WALT 2000a, BUSE; HARMER, 2004; RUCKERT; LABONTÉ, 2014).

O Relatório de 1997 do Banco Mundial recomendava que os Estados deveriam concentrar suas ações em tarefas essenciais que tivessem capacidade de executar e,

posteriormente, conquistar capacidades adicionais por meio de parcerias com os empresários e com a sociedade civil (WB, 1997).

Não há consenso sobre a origem das PPP e, segundo o PPPLAB (2014) os Países Baixos, na década de 80, foram os precursores dessa alternativa para incentivar os investimentos do setor privado em obras de infraestrutura, com o intuito de financiar o desenvolvimento econômico do país e atrair recursos adicionais para os setores sociais, como saúde e habitação social.

Inicialmente, os governos utilizavam a noção de colaboração em vez de parceria e foram fundamentados em construções semelhantes que surgiram nos Estados Unidos da América, na década de 50, também para atrair investimentos privados em grandes projetos imobiliários e de infraestrutura.

Ademais, Buse e Walt (2000) afirmam que o conceito de parcerias com o intuito de desenvolvimento teria sido registrado, em 1969, no relatório *Partners in Development: Report of the Commission on International Development* da Comissão Pearson do Governo Canadense.

Contudo, Cintra (2014) diverge e informa que a PPP foi originária na Inglaterra e que, na década de 90, conforme exposto por Brito e Silveira (2005), foi lançado seu embrião, a *Private Finance Initiative* (PFI). Esse instrumento previa a provisão de parte dos serviços também pelo setor público, a título de exemplo: o setor privado construiria e manteria um hospital e o setor público forneceria os recursos humanos necessários.

Os objetivos do PFI foram sendo corrigidos e adaptados ao longo do tempo, de forma que, em 1996, foi rebatizado para *Public-Private Partnership*, com o propósito de alterar a forma de contratação de obras e serviços públicos, substituindo a lógica de compra de serviços, mas mantendo como cerne da questão a busca por alternativas de financiamento e o foco na eficiência na contratação (CINTRA, 2014).

Foi nessa lógica que a PPP foi expandida, passando a englobar um leque de modelos de parcerias, que permeiam desde a simples terceirização até as *joint ventures*. Entretanto, com

o passar do tempo, foi observado que a forma de contratação ainda necessitava de aprimoramento, pois foram identificados diversos desperdícios, como também inflexibilidade e falta de transparência nos projetos. Assim, a partir de 2012, a estrutura foi aprimorada naquele país e o novo modelo de PPP, conhecido como PF2, passou a ser largamente empregado (UK, 2012).

2.2 O Conceito

O Guia de Referência, formulado por PPPKnowledgeLab (2018) e Torchia *et al.* (2015), destacou que, apesar de não ser um conceito novo, não existe na literatura uma definição consensual sobre o conceito de PPP. Entretanto, o mais difundido contempla o seguinte:

Um contrato de longo prazo entre um particular e uma entidade do governo, para a prestação de um bem ou serviço público, em que o particular tem risco significativo e responsabilidade de gestão e a remuneração está ligada ao desempenho (PPPKNOWLEDGELAB, 2018; TORCHIA *et al.*, 2015).

Apesar do termo PPP não possuir um significado legal e delinear uma variedade de arranjos envolvendo os setores público e privado, esse instrumento refere-se a acordos contratuais de natureza variada na qual as duas partes, uma pública e outra privada, compartilham direitos e responsabilidades durante a vigência do contrato, abarcando múltiplas combinações de financiamento e exposição ao risco. Os vários arranjos refletem as diferentes disposições por risco e o papel do privado varia com base no setor e na natureza do mercado (FARQUHARSON *et al.*, 2011; TORCHIA; MORNER, 2015; SCHÄFERHOFF *et al.*, 2009).

Assim, as PPP podem ser melhor entendidas como um tipo de parceria que atravessa os setores sociais do Estado, do Mercado e da Sociedade Civil (PPPLAB, 2014). No entanto, elas têm sido utilizadas, principalmente, para construir e operar hospitais, escolas, prisões, estradas, pontes, túneis, redes ferroviárias ligeiras, sistemas de controle de tráfego aéreo e instalações de água e saneamento (REBOLLO *et al.*, 2016).

As PPP são comuns em vários países, incluindo todos os países da ALC, África e Austrália (VELLUTTINI, 2014) e, após várias experiências exitosas, firmou-se o entendimento de que devem ser avaliadas como uma metodologia para a implementação e entrega de novos ativos públicos, atualizações dos existentes, fornecimento de serviços públicos e gerenciamento da infraestrutura já em funcionamento. Entretanto, os servidores públicos precisam desenvolver e manter capacidades para identificar, avaliar, formar e gerenciar essas parcerias (REBOLLO *et al.*, 2016).

De forma a fundamentar o conceito, cabe frisar que existe uma diferença entre privatização e PPP, duas formas de envolvimento do setor privado. A privatização preceitua a transferência permanente para o agente privado de um ativo público e a responsabilidade de entregar um serviço e, em seu verdadeiro sentido, não abrange uma opção para os governos obterem novas infraestruturas, pois implica que os ativos já tenham sido construídos. Já a PPP estabelece um relacionamento contínuo de parceria entre os setores públicos e o privado (FARQUHARSON *et al.*, 2011).

Para PPPLAB (2018), a noção de parceria refere-se a um alto grau de envolvimento, normalmente com as seguintes características: os parceiros são de diferentes esferas da sociedade e compartilham objetivos, metas e visão, além das recompensas, riscos e responsabilidades; existe complementaridade de recursos e competências; e a tomada de decisão é compartilhada e não hierárquica.

Em relação ao ciclo de vida, a maioria dos projetos de PPP apresenta um prazo contratual entre 20 e 30 anos, porém existem aqueles com períodos mais curtos e outros mais longos. Não obstante, o prazo deverá sempre ser suficiente para que as compensações entre o custo inicial do investimento e os custos futuros de manutenção e operação sejam otimizados (DELMON, 2010).

Quanto à motivação financeira, o setor privado pode fornecer mais flexibilidade ao governo, pois ao utilizar uma PPP como fonte alternativa de financiamento, não haverá

necessidade de alocar recursos no orçamento para a construção da infraestrutura. Contudo, os governos devem ser cautelosos em relação à eficiência incremental para a sociedade em comparação a uma entrega tradicional ou opção financiada pelo governo (REBOLLO *et al.*, 2016).

No tocante à eficiência e à eficácia, o gerenciamento do ciclo de vida, de riscos, de custos e de inovação, bem como o potencial de ganho a longo prazo, deverão ser testados por meio da Análise de Custo-Benefício dos projetos em termos de resultados socioeconômicos (REBOLLO *et al.*, 2016).

Assim, verifica-se que uma PPP deverá contemplar um compromisso de longo prazo com o propósito de fornecer bens e serviços, destacando que o ente privado deverá comprometer-se com a qualidade e com o desempenho e o setor público com o monitoramento desses componentes (DELMON, 2010).

A decisão para a adoção dessa ferramenta deverá ser política, cabendo ao ente público considerar as implicações políticas e sociais, observando o contexto institucional, legal e regulatório, os mercados financeiros e comerciais (DELMON, 2010).

2.3 Os Tipos de Parcerias Público-Privadas

Dependendo da conveniência e da tradição, alguns países introduzem novas formas de PPP. No entanto, Rebollo *et al.* (2016) explanou que existem dois tipos principais: aquelas cujas receitas são baseadas em pagamentos de usuários e as outras em que as receitas são baseadas em pagamentos públicos ou orçamentários.

O autor também organizou os tipos de PPP, dependendo de fatores específicos, quais sejam: receitas do parceiro privado – encargos para os usuários e as de pagamentos do governo pelo serviço; propriedade da empresa – as convencionais de propriedade privada, as institucionais de propriedade pública, as sob uma *joint venture* com a parte pública controladora

e, ainda, as empresas mistas; escopo do contrato – as de infraestrutura; as com investimentos para desenvolver e gerenciar infraestrutura; as integradas, em que a entidade privada recebe o direito e a obrigação de operar um serviço e as operações e manutenções; e financiamento do setor privado: as cofinanciadas e as convencionais.

As PPP do ponto de vista dos investidores, também podem ser classificadas como (REBOLLO *et al.*, 2016): *Greenfield* – investimentos em projetos recentes, onde o contratado desenvolverá a infraestrutura com fundos próprios por sua conta e risco. Envolve novos ativos, englobam empresas privadas em edificação, construção e gestão de novos bens públicos, de escolas e hospitais a instalações de defesa; *Brownfield* – projetos de investimentos em ativos de infraestrutura que existiam antes do momento da aquisição; e *Yellowfield* – em que o investimento está relacionado a renovações significativas, reformas ou uma expansão substancial da infraestrutura existente.

Corroborando com esses entendimentos, o PPP *Reference Guide* (2017) descreveu as PPP em termos de três parâmetros gerais: o tipo de ativo envolvido; a responsabilidade da parte privada e como esse ente recebe sua receita, propondo a seguinte nomenclatura para contratos de infraestrutura (QUADRO 2):

QUADRO 2
Nomenclatura de Contratos de Infraestrutura

Nomenclatura	Descrição	Tipo de Ativo	Funções Transferidas	Fonte de Pagamento
Projeto – Construir– Finanças – Operar– Manter; Projeto – Construir – Finanças – Operar; e Projeto – Construir – Gerenciar – Finanças.	Esses tipos de contratos são descritos pelas funções transferidas para o setor privado.	Nova infraestrutura.	Identificada pelo nome do contrato.	Governo ou usuário.
Construir – Operar– Transferir, Construir –Possuir – Operar– Transferir; e Construir – Transferir – Operar.	Descrever PPP a propriedade legal e o controle dos ativos do projeto.	Nova infraestrutura.	Identificada pelo nome do contrato.	Governo ou usuário.

Nomenclatura	Descrição	Tipo de Ativo	Funções Transferidas	Fonte de Pagamento
Reabilitar – Operar– Transferir.	A parte privada se responsabiliza por reabilitar, atualizar ou estender os ativos existentes.	Infraestrutura existente.	Identificada pelo nome do contrato.	Governo ou usuário.
Concessão.	Aponta para como um usuário efetua o pagamento, podendo caracterizar tanto o modelo usuário-pagador ou que exigem pagamento do governo.	Infraestrutura nova ou existente.	Projetar, reabilitar, ampliar ou construir, financiar, manter e operar, geralmente fornecendo serviços aos usuários.	O usuário realiza o pagamento. Contudo, em alguns países a parte privada pode pagar uma taxa ao governo ou receber um subsídio.
Iniciativa Financeira Privada – PFI.	Apresenta uma maneira de financiar, construir e gerenciar novas infraestruturas.	Nova infraestrutura.	Projetar, construir, financiar, manter e algumas operações, muitas vezes não fornecem serviços diretamente aos usuários.	Governo.
Operações e Manutenção – O&M.	Contratos baseados em desempenho, a longo prazo, e envolvem investimentos privados.	Infraestrutura existente.	Operações e manutenções.	Governo.
Arrendamento Mercantil	Semelhante à concessão, mas com o governo responsável pelas despesas de capital. Dependendo da duração, podem não ser considerados PPP.	Infraestrutura existente.	Manter e operar, fornecendo serviços aos usuários	O usuário efetua o pagamento e remete parcela das taxas para o governo para cobrir as despesas de capital.
Contrato de Gestão	O estado retém a propriedade dos ativos e os gastos de capital são responsabilidade do setor público, enquanto a operação e a manutenção são gerenciadas pelo setor privado. Esses tipos de contratos têm duração de 3 a 5 anos.	Infraestrutura existente.	Operações e manutenções.	Taxas de administração estendidas ao contratado.
Franquia	Semelhante à concessão ou arrendamento mercantil.	Infraestrutura nova ou existente.	Pode incluir projetar, construir e financiar ou pode ser limitado a manutenção ou operação.	Governo ou usuário.

Fonte: DELMON, 2015; PPP REFERENCE GUIDE, 2017; YESCOMBE, 2007.

2.4 A Governança para as Parcerias Público-Privadas

Os objetivos de uma boa governança em PPP estão atrelados à seleção justa das parcerias, aos incentivos lícitos para as partes, à melhoria dos serviços públicos e às ações que impeçam o colapso de projetos e o desperdício público (UNECE, 2008).

Para assegurar uma boa governança faz-se necessário que os princípios a seguir estejam contemplados na implementação dos projetos (OECD, 2012; UNECE, 2008): a eficiência na utilização de recursos, sem desperdícios e atrasos; a responsabilização das ações dos atores políticos perante a sociedade; a transparência na tomada de decisões; o desenvolvimento e implementação de regras que não prejudiquem a sociedade; a equidade na aplicação das regras; e a participação de todas as partes interessadas.

Além disso, vale frisar que essa boa governança deverá ser observada nas esferas (UNECE, 2008): do Governo, administração executiva do sistema como um todo; da Administração Pública (AP), responsável pela implantação das políticas; do Judiciário, em que as disputas são resolvidas; da Sociedade Econômica, constituída pelos setores do mercado estatal, público e privado; da Sociedade Política, agregadora dos interesses da sociedade; da Sociedade Civil, que expõem as questões políticas; e do Desenvolvimento Sustentável, incluem as preocupações ambientais.

2.5 O Financiamento para as Parcerias Público-Privadas

Pela compreensão de Farquharson *et al.* (2011), o financiamento do setor privado para projetos de PPP normalmente consiste em uma mistura de capital próprio, fornecida por investidores no projeto, e capital de terceiros, provisionado por bancos ou por meio de instrumentos financeiros.

Vale apontar que os investimentos com capital próprio possuem um risco maior do que o de terceiros, portanto, os investidores esperam um retorno maior para esse risco, encarecendo seu custo. Dessa forma, quanto mais capital de terceiros o projeto puder levantar, menores serão os custos gerais de financiamento (FARQUHARSON *et al.*, 2011).

Uma técnica muito utilizada para baratear esses custos nos projetos de PPP é aumentar a proporção de capital de terceiros, conhecida como financiamento de projeto. Em média, dependendo da percepção dos riscos, as PPP têm apresentado uma magnitude de 70% a 90% da relação entre capital de terceiros e capital próprio, conhecida como alavancagem (FARQUHARSON *et al.*, 2011).

A responsabilidade financeira dos investidores limita-se somente ao projeto, compreendendo os fluxos de caixa do projeto e o patrimônio da empresa criada especialmente para o projeto. Além disso, os credores não possuem legitimidade para, em casos de insolvência, assumirem os ativos físicos de um projeto de PPP, podendo utilizar como garantia somente o contrato entre a autoridade pública e a empresa privada e os fluxos de caixa decorrentes (FARQUHARSON *et al.*, 2011).

A AP deverá considerar que, ao alocar um alto nível de risco ao ente privado, reduzirá o número de investidores que estarão dispostos a financiar o projeto, elevando seu custo. Outro fator a ser avaliado é que, em muitos mercados emergentes, o setor bancário doméstico pode não ter nem a capacidade, nem a experiência para financiar os projetos, bem como o internacional pode ter preocupações sobre exposições a riscos (FARQUHARSON *et al.*, 2011).

Normalmente, o poder público deixa a critério dos licitantes a decisão quanto ao uso de financiamento de projetos, permitindo que o processo competitivo conduza a estrutura de financiamento mais eficiente (FARQUHARSON *et al.*, 2011).

2.6 Avaliação de Parcerias Público-Privadas

Para identificar e avaliar as PPP, muitos países desenvolvidos têm utilizado o conceito de *Value for Money* (VfM), que consiste em uma combinação ótima de todos os custos e a qualidade do bem ou serviço para atender às exigências dos usuários (REBOLLO *et al.*, 2016), podendo analisar os custos e riscos, ao longo da vida dos projetos, bem como assumir uma abordagem custo-benefício, embora isso dependa da natureza do setor.

O VfM é um conceito que busca avaliar a melhor opção de investimento, não considerando apenas o menos dispendioso, mas sim, um ajuste entre as transferências de riscos acordadas, o custo de vida do projeto e os serviços prestados (YESCOME, 2007).

Conceitualmente, segundo Farquharson *et al.* (2011), o VfM pode subsidiar a alocação de riscos e sustentar a lógica do projeto e sua escolha, analisando os custos de longo prazo ajustados ao risco da opção de uma PPP contraposto aos custos do modelo tradicional.

Contudo, é importante ressaltar que essa comparação já demonstrou ter limitações, pois a análise quantitativa é tão boa quanto a qualidade dos dados obtidos, a escolha da taxa de desconto e a monetização de alguns custos e benefícios, não devendo ser utilizada como único aspecto da avaliação (FARQUHARSON *et al.*, 2011).

Alguns mercados desenvolvidos já perceberam que a adoção de uma abordagem excessivamente complexa e puramente quantitativa pode não ser a melhor ferramenta para alcançar esses objetivos (FARQUHARSON *et al.*, 2011).

No entanto, em países em desenvolvimento, onde existem dificuldades na obtenção de dados confiáveis, carência de *expertise* e ausência de opções públicas, os autores Leigland e Shugart (2006) reforçam que o uso de uma metodologia quantitativa, mesmo que simplificada, pode ajudar a documentar as escolhas e auxiliar na ponderação dos custos e riscos.

2.7 A Evolução das Parcerias Público-Privadas na Europa

Apesar de não se possível definir, com certeza, as origens das PPP, essas referências foram introduzidas na Europa, no início da década de 90, no *National Health Service* (NHS) inglês, tendo essa reforma se alastrado pela Europa e outras regiões, respeitando as características intrínsecas de cada país (ALMEIDA, 2012, ANDRÉ; HERMANN, 2013).

No Reino Unido, a despeito do partido no poder, as PPP ainda são uma realidade, tendo o processo iniciado com os *NHS Trusts* compostos por organizações não lucrativas (ALMEIDA, 2002, 2012). Posteriormente, esses *trusts* foram transformados em fundações privadas e depois em PFI, em que o poder público contrata serviços a longo prazo (ANDRÉ; HERMANN, 2013; VICENTE-FUENTES, 2015).

As PFI, por meio de contratos de arrendamento, financiaram a infraestrutura, reformas e construções, os serviços de manutenção e o setor de apoio nos hospitais, os então chamados serviços de “batas cinza”. Esse grupo de atividades vem aumentando, incluindo outros serviços de apoio e cirurgias eletivas, os denominados “batas branca” (ANDRÉ; HERMANN, 2013).

Em 2000, a formação dos Programas de Centros de Tratamento Independentes para procedimentos específicos atraiu empresas estrangeiras de assistência médica, bem como profissionais do sistema público (ANDRÉ; HERMANN, 2013).

Após 2012, o governo britânico revisou detalhadamente a estrutura do PFI e criou seu sucessor, o PF2, com o propósito de aprimorar a transparência, reduzir os tempos de aquisição e aquilatar a flexibilidade dos financiamentos privados (ANDRÉ; HERMANN, 2013). O setor público passou a ser acionista dos projetos, demonstrando uma abordagem mais colaborativa para o desempenho do projeto e gerenciamento de riscos, como também exigir dos demais parceiros que os novos projetos forneçam informações ao Tesouro britânico sobre retornos financeiros (UK, 2018).

No Reino Unido, existem mais de 715 projetos de PFI e PF2, sendo 699 operacionais e 16, em construção. O valor total de capital desses projetos é de £ 59,1 bilhões. Vale apontar que de 2010 a 2017, foram assinados 84 contratos, uma média de 12 por ano (UK, 2018).

Em Portugal, a criação das PPP no Setor da Saúde data de 2001 e estão, atualmente, estruturadas em dois grandes modelos: o primeiro, que contempla a construção e a gestão do edifício hospitalar, sendo que os serviços médicos são fornecidos pelo Poder Público; e o segundo, formado por dois contratos distintos, um para infraestrutura e gestão e outro para os serviços médicos (REIS; SARMENTO, 2013).

Na Espanha, a primeira PPP no Setor da Saúde teve início em 1997, sendo que o objeto reunia a construção do Hospital e a gestão dos serviços bata branca e bata cinza. No entanto, por inviabilidade financeira do projeto, o contrato foi rescindido em 2003 e substituído por outro mais aprimorado que serviu como modelo para diversas outras parcerias (ACERETE *et al.*, 2011). Atualmente, grande parte das PPP espanholas caracteriza-se pelo modelo de concessões (ALMEIA, 2002; YEPES, 2013).

De uma forma geral, verifica-se, na Europa, a existência de uma tendência de concentração de empresas multinacionais de assistência médica, por meio de aquisições ou fusões. Além disso, verifica-se que os governos estão vendendo hospitais públicos com mais frequência para os investidores privados, como também a iniciativa privada está construindo novos hospitais voltados para procedimentos de alta tecnologia (ALMEIA, 2002; YEPES, 2013).

Na Europa convivem três tipos de PPP: as concessões, em que os utilizadores finais do serviço pagam diretamente ao parceiro privado, com ou sem remuneração da AP; as empresas comuns ou PPP institucionais, onde os setores público e privado se tornam acionistas de uma terceira empresa; e as PPP contratuais, em que a relação entre as partes é regida por um contrato (UE, 2018). Identificou-se, ainda, que a forma mais comum de PPP é o contrato de

concessão, do tipo Construção – Financiamento – Manutenção – Operação, em inglês *Design – Build – Finance – Maintain – Operate* (DBFMO). Nesse caso, são confiadas ao parceiro privado todas as fases do projeto, incluindo a angariação de fundos (UE, 2018).

Para sintetizar, o QUADRO 3 reúne as principais informações sobre o desenvolvimento e os tipos de PPP do Setor da Saúde na Europa.

QUADRO 3
Desenvolvimento e tipos de parcerias público-privadas na Europa

Países	Tipos de PPP	Descrição
Reino Unido, Espanha, Itália, França, Suécia, Austrália e Portugal (depois de 2008)	PFI ou Projetar – Construir – Operar – Transferir e PF2	Trata-se do modelo utilizado na construção de hospitais no Reino Unido e outros países europeus, sendo a forma mais comum de PPP na saúde. Engloba financiamento do agente público para serviços fornecidos pelo setor privado. Ao final da vigência, o serviço é transferido para o setor público. Nesse tipo, compete ao ente privado os serviços de apoio, hotelaria e gestão. Ao agente público cabe a prestação de serviços assistenciais. Está prevista a cobrança de taxas de utilização dos usuários, como complemento do financiamento ou reparação de custos.
Áustria	<i>Joint ventures</i>	Parceiros públicos e privados lucrativos ou não, unem parte de seus ativos e expertises para gestão conjunta de serviços.
Reino Unido, Espanha, Alemanha e Romênia	PPP para suprir serviços assistenciais específicos	O ente público contrata privado para disponibilizar serviços específicos, incorporando alta tecnologia, como diálise, rádio e quimioterapia, exames diagnósticos por imagem, cirurgias eletivas e outros.
Espanha e Portugal (até 2008)	<i>Public-private Integrated Partnerships</i> (PPIP) ou Projetar – Construir – Operar – Entregar	Em um hospital geral ou unidade isolada compete ao setor privado a sua construção e a gestão, como também a provisão de serviços assistenciais, ambulatoriais, laboratoriais e de diagnóstico.

Fonte: Elaboração própria com base em ANDRÉ; HERMANN, 2013; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; LLUMPO *et al.*, 2015; VICENTE-FUENTES 2015; TORCHIA *et al.*, 2015.

A despeito de toda mobilização dos governos europeus para atrair entes privados para fornecer bens e serviços que são habitualmente fornecidos pelo setor público, o Tribunal de Contas Europeu (TCE), em 2018, recomendou aos Estados-membros para não promoverem uma utilização intensiva e generalizada das PPP até que fossem sanados os levantamentos atinentes a atrasos, aumentos dos custos, subutilização dos ativos, análises inadequadas e

abordagens desajustadas. Com base em uma auditoria realizada em 12 PPP em França, Grécia, Irlanda e Espanha foram observadas ineficiências, desequilíbrios na partilha dos riscos e em termos de custos e com benefícios limitados (UE, 2018).

O TCE defende a necessidade de fundamentar a seleção das PPP em análises comparativas sólidas sobre a melhor opção de contratação pública, mas também garantir a capacidade administrativa necessária e definir políticas e estratégias claras para executar com êxito os projetos. O Tribunal sugere também a necessidade de melhorar a eficácia dos projetos, de modo que a escolha seja justificada por considerações de otimização dos recursos (EU, 2018).

2.8 A Evolução das Parcerias Público-Privadas na América Latina e Caribe

Na ALC, as PPP tiveram sua origem nos anos 80, particularmente nos Setores de Transporte, Telecomunicações e Energia. Contudo, em 2000, surgiram os primeiros modelos, à semelhança dos europeus, no Setor da Saúde (LONDOÑO; FRENK, 1995). Ainda que essas áreas sejam diferentes, o princípio é semelhante e o risco é partilhado, de forma que cada parte assuma o risco para qual esteja melhor preparada (VELLUTINI, 2014).

Segundo o Banco Interamericano de Desenvolvimento, a ALC precisa investir, anualmente, aproximadamente de 5% a 6,2% do PIB em infraestrutura até 2020 para preencher suas deficiências básicas. Esse é um objetivo ambicioso, pois, na década anterior, a região conseguiu investir apenas de 2% a 3% do PIB em desenvolvimento de infraestrutura (EIU, 2015).

Em 2009, foi criado um índice para avaliar a capacidade de implementação de projetos de concessão sustentáveis em 19 países da ALC, sendo que as categorias que compõem o índice identificam aspectos da cadeia de valor da PPP, abrangendo: a estrutura legal e regulamentar; o desenho e as responsabilidades das instituições; a capacidade do governo de manter leis e regulamentos; o ambiente empresarial, político e social para investimentos; as

facilidades de financiamento; e a qualidade dos quadros e experiências a níveis estaduais (EIU, 2015).

O Chile, atualmente, lidera, na região, em condições propícias e em número de projetos, face ao seu sofisticado sistema financeiro, da ampla base de investidores, do mercado de títulos e do marco regulatório atualizado (EIU, 2015).

A situação na ALC é bem heterogênea, mas o Chile, a Colômbia e o México, fora o Brasil que será apresentado a parte, apresentam-se como os países mais bem preparados para a instalação de PPP. Já nos países com economias menores e menos desenvolvidos, o setor público não expressa condições para regular e exigir o cumprimento dos termos acordados nos contratos (VELLUTINI, 2014).

Observou-se que, em muitos países da ALC, foi incrementada a terceirização de serviços de hotelaria, de apoio hospitalar e gestão, aumentando também os seguros privados de saúde e o gasto privado direto das pessoas (ALMEIDA, 2002; BUSTAMANTE, 2014; LLUMPO, 2015; YEPES, 2013). Contudo, essas estruturas não se caracterizam como PPP.

O QUADRO 4 engloba as principais informações sobre o desenvolvimento e os tipos de PPP do Setor da Saúde na ALC.

QUADRO 4
Desenvolvimento e tipos de parcerias público-privadas na América Latina e no Caribe

Países	Tipos de PPP	Descrição
México	Projetar – Construir – Operar – Transferir	Desde 2005, desenvolve agressivamente, com forte apoio político, dez projetos com duração de dez anos. Enfrenta dificuldades com baixas taxas de ocupação, recrutamento e retenção de profissionais.
Chile	Projetar – Construir – Operar – Transferir	Início das PPP com um concurso para cinco hospitais para 15 anos de duração. Contudo, desde 2014, os processos estão parados por avaliação governamental quanto à negativa para investimentos privados.
Peru	Testando modelos	Foi o último país da América Latina a implementar as PPP, testando diversos modelos, incluindo os serviços para atenção de doenças crônicas nas PPP.

Países	Tipos de PPP	Descrição
Colômbia	Modelo específico	Nos anos 90, com a reforma do sistema de saúde foi implementada um tipo peculiar de PPP. As PPP possuem apoio político, mas sofrem de forte resistência dos movimentos sociais.
Honduras, Nicarágua, Costa Rica, Uruguai e Paraguai	Não existe	Apesar de demonstrar interesse nos investimentos privados, não existe prioridade para as PPP em saúde.
Guatemala, Venezuela e Equador Bolívia e Argentina	Não existe	Não existe interesse em investimentos privados e nas PPP no Setor da Saúde.

Fonte: Elaboração própria com base em ANDRÉ; HERMANN, 2013; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; LLUMPO *et al.*, 2015; VICENTE-FUENTES 2015; TORCHIA *et al.*, 2015.

Além das experiências de implementação das PPP do Reino Unido, do Chile e de Portugal, outras iniciativas semelhantes foram adotadas pela França, México, África do Sul, Irlanda e Grécia, entre outros países, que serviram de subsídio à criação da legislação brasileira sobre PPP (FRANCO, 2006).

2.9 A Evolução das Parcerias Público-Privadas no Brasil

Para Campos (2014), o desenvolvimento da infraestrutura é um fator-chave para proporcionar um crescimento econômico sustentável e garantir o acesso de todos aos serviços básicos. Dessa forma, o Estado brasileiro possui uma tradição em estabelecer parcerias com o setor privado, configurando as PPP como um dos principais instrumentos para o governo descentralizar os investimentos, mantendo seu papel de regulador e fiscalizador.

As PPP se configuram como uma solução plausível, pois a iniciativa privada tende a ser muito mais eficiente do que a pública em aspectos como custo, manutenção em longo prazo e financiamento (VELLUTINI, 2014).

Redoschi (2014) relata que a participação do setor privado no desenvolvimento e na implementação de projetos de investimentos públicos do Brasil foi impulsionada pela Lei n. 8.987, de 13 de fevereiro de 1995 – Lei Geral de Concessões dos Serviços Públicos, que regulou o regime de concessão e permissão da prestação de serviços tal como previsto no art. 175 da Constituição Federal (CF), facultando ao agente público delegar, mediante um processo licitatório de concorrência, à empresa privada ou ao consórcio, a exploração de um serviço de caráter público, precedida ou não da execução de obra pública.

Wald, Moraes e Wald (2004) consideram que o surgimento da Lei Geral de Concessões dos Serviços Públicos, complementada pela Lei n. 9.074, de 7 de julho de 1995, e por diversos outros diplomas legais, representou um marco importante no trato da coisa pública, ao introduzir o espírito empresarial na atividade do Estado. Ressalta-se que durante a vigência da concessão, o concessionário deverá implementar e administrar o empreendimento, com as receitas operacionais (tarifas) suficientes para cobrir os custos, bem como gerar o retorno dos investimentos. Todavia, Souto (2005) destacou que, em algumas concessões, a tarifa era insuficiente para remunerar as atividades e o sistema de garantias.

A constante redução do nível de poupança em relação ao PIB e a conseqüente limitação da capacidade de investimento do setor público impulsionaram o Governo Federal a criar condições legais, de modo a incentivar uma maior participação do agente privado no financiamento e na administração de projetos de infraestrutura. Nesse contexto, foi promulgada a Lei n. 11.079, de 30 de dezembro de 2004 – Lei das PPP, que estabeleceu as condições básicas ao desenvolvimento e implantação de empreendimentos, em forma conjunta entre os setores público e privado, por meio de uma PPP (REDOSCHI, 2014).

A Lei das PPP aborda as diretrizes que devem ser seguidas na contratação, enfocando no conceito de eficiência no emprego dos recursos da sociedade, no respeito aos direitos dos destinatários dos serviços e dos entes privados, da indelegabilidade das atividades

exclusivas do Estado, da responsabilidade fiscal, da transparência, na repartição objetiva dos riscos, e na sustentabilidade financeira e vantagens socioeconômicas (BRASIL, 2004).

Esse instrumento normativo definiu também regras gerais para licitação e contratação de PPP, trazendo importantes inovações para as contratações públicas ao estabelecer um novo marco regulatório em conjunto com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 – Lei de Licitações e Contratos Administrativos (BRASIL, 1993) e a Lei Geral de Concessões dos Serviços Públicos. Assim, a Lei das PPP veio suprir uma lacuna legal, pois a Lei de Licitações e Contratos Administrativos, além de observar prazos de vigências de contratos menores, coíbe a transferência de responsabilidade pela obtenção do financiamento para o ente privado (BITTENCOURT, 2011).

Conforme aduzido por Redoschi (2014), o adjudicatário da concorrência deve criar uma Sociedade de propósito Específico (SPE)³, que irá implementar e gerir o empreendimento, cabendo ao setor público a designação de quem exercerá a supervisão e fiscalização da concessão.

A legislação estipula dois tipos de PPP (BRASIL, 2004): a Concessão Administrativa – formada mediante a celebração de um contrato de prestação de serviços, em que a administração pública é usuária direta ou indireta, podendo prever a execução de obras, compras e instalações de ativos. Nesse tipo, a receita do concessionário é auferida mediante as contraprestações pecuniárias realizadas pelo poder público com recursos orçamentários; e a Concessão Patrocinada – atribui uma maior participação do poder público, os pagamentos das contraprestações apontam para a complementaridade dos recursos obtidos com a prestação de serviços ao público em geral.

A semelhança entre essas concessões e as antigas concessões de serviço público está atrelada aos investimentos iniciais realizados para implementar uma infraestrutura ou

³ Uma SPE permite a separação entre a pessoa do contratado e a pessoa jurídica do negócio, ao gerir as receitas e despesas do projeto da PPP, concedendo ao investidor uma maior tranquilidade por não precisar temer outras atividades ou a vida pregressa do contratado (SOUTO, 2005).

serviço, que serão amortizados no decorrer do contrato, e a segurança do investidor (SUNDFELD, 2014).

Entre outras condições, a Lei das PPP, também, prevê: que o valor da contratação não poderá ser inferior a R\$ 20 milhões. No entanto, com a nova redação da Lei n. 13.529, de 4 de dezembro de 2017, esse valor foi alterado para R\$ 10 milhões; o período de concessão não poderá ser inferior a cinco anos e nem superior a 35 anos; e a parceria não poderá ser formada exclusivamente para o fornecimento de mão de obra, instalação de equipamentos ou execução da obra pública (BRASIL, 2004).

Recentemente, a Lei n. 12.766, de 27 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), flexibilizou e incentivou o uso das PPP como instrumento de financiamento e operação de projetos de investimentos, com enfoque de natureza pública, e seus pontos principais convergem para: a possibilidade de aportes de recursos financeiros públicos durante a fase de construção; a diferenciação entre o pagamento do Programa de Integração Social – PIS, Patrimônio do Servidor Público – PASEP, da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL; maior garantia ao parceiro privado no recebimento das faturas emitidas por meio do acionamento do Fundo Garantidor das Parcerias – FGP⁴; 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 um período de tempo preestabelecido (40 dias); e elevação do teto da receita corrente líquida de 3% a 5% que Estados, Municípios e o Distrito Federal podem incorrer anualmente com o pagamento das despesas de caráter continuado referentes às parcerias.

Explica Souto (2005) que a Lei das PPP trouxe inovações importantes ao estabelecer que competirá ao Poder Público suportar os riscos de comprometimento do

⁴ O FGP é um mecanismo de segurança para o investidor privado, fortalecendo a garantia e permitindo sustentar o ente privado em casos de não cumprimento das obrigações pecuniárias pelo Estado (ZANCHIM, 2012).

equilíbrio das contas, além dos riscos políticos, cambiais, judiciais e de relações internacionais. Ao ente privado serão imputados os riscos do negócio, sejam eles de construção, financeiros, de demanda, de performance ou atrelados ao valor residual dos ativos.

Vale lembrar que, em função das crises econômicas e políticas, os Governos brasileiros vêm enfrentando severas restrições orçamentárias e atrasando seus compromissos financeiros (REDOSCHI, 2014; MONTEIRO, 2014).

Nesse diapasão, o Governo Federal criou o Programa Avançar Parcerias para estimular as políticas de investimentos em infraestrutura por meio de parcerias com o ente privado, priorizando e acompanhando os projetos de concessão comum, PPP, concessão regida por legislação setorial, permissão de serviço público, arrendamento de bem público, concessão de direito real e os outros negócios público-privados que, em função de seu caráter estratégico e de sua complexidade, especificidade, volume de investimentos, longo prazo, riscos ou incertezas envolvidos, adotem estrutura jurídica semelhante (BRASIL, 2016b).

Assim, a Lei n. 13.334, de 13 de setembro de 2016 – Lei do Programa de Parcerias de Investimentos (PPI), além de criar o Conselho e a Secretaria do programa, objetiva (BRASIL, 2016b): ampliar investimentos e o número de empregos; estimular o desenvolvimento tecnológico e industrial, em harmonia com o desenvolvimento social e econômico; expandir a infraestrutura pública, com tarifas adequadas aos usuários; garantir a justa competição na celebração das parcerias e na prestação dos serviços; promover a estabilidade e a segurança jurídica dos contratos, com a garantia da mínima intervenção nos negócios e investimentos; e fortalecer o papel regulador do Estado e a autonomia das entidades de regulação.

Não obstante, quando os empreendimentos forem qualificados no PPI, serão tratados como prioridade nacional por todos os agentes públicos de execução ou de controle, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2016b).

O PPI abrangerá tanto os contratos já firmados com a União Federal quanto passa a ser o responsável pela formulação das políticas públicas nas áreas de infraestrutura e dos contratos delas decorrentes em todas suas modalidades, tais como: concessão comum, administrativa, patrocinada, permissões de serviço público, arrendamento, entre outros (BRASIL, 2016b).

Em 2016, o Conselho do PPI qualificou 34 empreendimentos que foram definidos com prioridade nacional. Ao longo de 2017, foram propostos e aprovados mais 111 projetos, dos quais 69 referem-se ao Setor de Transportes, 60 de Energia Elétrica, sete de Óleo e Gás, quatro de Mineração, dois da Agricultura e Abastecimento, um da Defesa, além da Casa da Moeda e da LOTEX, totalizando cerca de R\$ 275 bilhões de investimentos e mais de R\$ 61 bilhões de outorgas previstas. Ao todo, 70 empreendimentos foram leiloados, com 50 parcerias já formalizadas com o Poder Público. Vale salientar que empresas de 16 países participaram dos leilões realizados (BRASIL, 2018).

Cabe mencionar ainda que, no Brasil, compete ao Tribunal de Contas da União (TCU), em relação às PPP, fiscalizar a atuação das agências reguladoras e autarquias federais criadas para fixação de tarifas e dos parâmetros em que os serviços outorgados deverão ser prestados. O TCU desempenha a regulação de segunda ordem, operando sobre as agências e os entes públicos estruturadores e financiadores dos projetos, mas não diretamente sobre as concessionárias privadas (MONTEIRO, 2014).

2.9.1 A Parceria Público-Privada no Setor da Defesa

O planejamento governamental define os setores e as regiões que serão objetos da atuação estatal e terão seus projetos incluídos em contratos de PPP. Dessa forma, percebe-se a necessidade de uma forte atuação política de cada órgão interessado em formar parcerias, com o intuito de sensibilizar os responsáveis pela avaliação dos projetos (SOUTO, 2005).

No Setor da Defesa brasileiro, inicialmente, no antigo Comitê Gestor das Parcerias Público-Privadas (CGPPP) foram cadastrados os seguintes projetos de PPP: Colégio Militar de Manaus, Centro de Educação Física Almirante Adalberto Nunes; Vila Naval de Itaguaí; Abastecimento e Gerenciamento de Frota; Arsenal de Marinha do Rio de Janeiro; e Fuzil-Imbel (BRASIL, 2018c).

Com a transferência das atribuições do CGPPP para o Conselho do PPI, advinda da Lei n. 13.334, de 13 de setembro de 2016, o único projeto do Setor da Defesa em atividade é o referente à gestão da rede de comunicações integrada da Força Aérea Brasileira, que se encontra na fase de preparação de edital para leilão, previsto para o terceiro trimestre de 2018 (BRASIL, 2018c).

O Comando do Exército Brasileiro (EB) demonstrou interesse em firmar uma PPP, denominada PPP-HOSPMIL, para implantar e manter as estruturas dos complexos de saúde do EB, bem como operar os serviços de apoio e efetivar os projetos Pilotos nos Hospitais Militares de Manaus e de Brasília (EB, 2014),

Segundo os estudos do EB, a PPP-HOSMIL será do tipo “Projetar–Construir–Financiar–Operar–Manter–Transferir” e surge da necessidade de (EB, 2014): prestar atendimento ao longo de todo território nacional, evitando deslocamentos dos usuários e poupando gastos com os deslocamentos; aprimorar a Assistência Médico-Hospitalar (AMH), em função da elevação da demanda de usuários, aparecimento de novas especialidades médicas e de equipamentos de última geração tecnológica; economizar recursos do orçamento, em resultado dos encaminhamentos para empresas privadas prestadoras de serviços; aperfeiçoar e/ou construir novas infraestruturas de saúde; adequar a tecnologia da informação e comunicação em saúde; e direcionar os profissionais da área de saúde para as atividades operativas.

Em abril de 2018, representantes do Ministério da Defesa e do EB realizaram visitas técnicas à Procuradoria-Geral do Estado da Bahia e aos projetos de PPP do Hospital do

Subúrbio e do Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem para evidenciar a qualidade das instalações hospitalares e dos serviços prestados na modelagem de PPP, além de compartilharem experiências e óbices decorrentes da celebração dos contratos de PPP (BRASIL, 2018b).

Na MB, a Circular n. 12, de 20 de dezembro de 2017 (MB, 2017c), divulga o instrumento da PPP e dissemina os procedimentos necessários a sua implementação, bem como propaga os temas prioritários para projetos de PPP no Setor da Defesa, ressaltando-se as estruturas de apoio ao pessoal, em que se enquadram as infraestruturas médico-hospitalares.

Na Força Naval, compete a Diretoria de Administração da Marinha, como Centro de Referência de conhecimento de PPP, atuar como Organização Militar Orientadora Técnica do tema, articular com unidades congêneres de PPP, prestar assessoramento técnico às OM e acompanhar os projetos, desde a modelagem até a execução do contrato (MB, 2017c).

2.9.2 A Parceria Público-Privada no Setor da Saúde

Pela CF de 1988, o sistema de saúde no Brasil deverá proporcionar equidade, universalização do atendimento, descentralização política e operacional e gestão quadripartite, que envolve os trabalhadores, os empregadores, os aposentados e o Poder Público. Vale notar que a CF também estabeleceu que a saúde é um campo de atuação econômica livre a iniciativa privada, cabendo a essa atuar de maneira complementar às estruturas públicas (BRASIL, 1988). A Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 regulamentou esses preceitos constitucionais (BRASIL, 1990).

Nesse segmento, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar ajudou a organizar e regular as relações contratuais atinentes à participação do setor privado na AMH (BARBOSA; MALIK, 2015).

Em 1993, a criação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) instituiu um tipo especial de parceria, que não se encaixa no modelo previsto na Lei das PPP, estando atrelada às isenções fiscais concedidas a entidades filantrópicas, quando investem recursos em projetos do Sistema Único de Saúde (SUS), depois de certificados como Hospitais de Excelência (ALMEIDA, 2017).

Esses Hospitais de Excelência, em 2006, puderam substituir parcela de sua atividade assistencial prestada ao SUS por aproveitamento em projetos estratégicos, atuando em instituições formadoras e de pesquisa clínica com tecnologias complexas. Ademais, seis grandes hospitais foram habilitados, entre eles destacam-se os projetos executados no Hospital do Coração, Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Hospital Israelita Albert Einstein (ALMEIDA, 2017).

Somente em 1998, aparecem as primeiras relações contratuais público-privadas no Setor da saúde, diferentes dos contratos administrativos previstos nas Leis de Licitações e nas de Concessões. Essas ferramentas foram materializadas em Contratos de Gestão firmados entre a AP e as organizações sem fins lucrativos, inicialmente, denominadas Organizações Sociais e, posteriormente, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, com pactuação de metas físicas e de qualidade e com controle pela sociedade civil em seus conselhos de administração (BARBOSA; MALIK, 2015; WANDERLEY *et al.*, 2015).

Apesar dos obstáculos vivenciados por essas organizações, em 2015, o Supremo Tribunal Federal considerou essas parcerias como opções constitucionalmente admitidas para a prestação de serviços públicos, declarando a supremacia do direito fundamental à saúde em detrimento de determinado modelo estatal de prestação de serviços (MÂNICA, 2016).

Mesmo com o aumento relativo de investimento na infraestrutura hospitalar do país, face às crescentes necessidades da população, a rede de AMH permaneceu insuficiente para o sistema. As redes de notícias veiculam diariamente reclamações a cerca das condições precárias nos hospitais do SUS. Assim, as PPP em saúde aparecem como uma solução para atrair

investimentos para o setor e com isso sanar os déficits estruturais do sistema (BARBOSA; MALIK, 2015).

Em 2004, a Lei das PPP definiu as normas gerais para a licitação e a contratação das parcerias em todos os níveis de governo. Embora, já existissem regramentos estaduais sobre o assunto em Minas Gerais, Santa Catarina, Goiás e Ceará (RUCKERT; LABONTÉ, 2014).

Essas PPP vislumbram grandes investimentos e a ampliação da competição, de forma menos rígida, estando previsto o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa. A legislação brasileira foi influenciada pelas PFI do modelo Inglês e os procedimentos contratuais previstos são semelhantes ao modelo espanhol (ALMEIDA, 2017).

O modelo brasileiro prevê que o poder público continue responsável pelo serviço prestado à sociedade, mas não necessariamente por todo o investimento. Segundo as cláusulas contratuais, o pagamento dos serviços com recursos públicos inicia-se após a disponibilização da infraestrutura e atendimento das demais demandas pelo parceiro privado. (OLIVEIRA, 2005). Esse pagamento pode se dar pelas tarifas cobradas aos usuários; pelo repasse de recursos estatais; das receitas decorrentes da exploração comercial do empreendimento; ou pela conjugação variável dessas formas (tarifa mais repasse, tarifa mais receitas acessórias, repasse mais receitas acessórias e tarifa mais repasse mais receitas acessórias) (GUIMARÃES, 2013).

Vale apontar que Monteiro (2014) defende a urgência e o caráter estratégico do modelo concessório para resolver problemas de infraestruturas do país, modernizando instalações arcaicas e permitindo, ao mesmo tempo, que o Estado empregue energia e recursos públicos em políticas para os setores mais vulneráveis da sociedade.

Cabe frisar que a Lei das PPP constituiu, principalmente, a necessidade de um estudo sobre a conveniência e a oportunidade, uma comparação com alternativas de contratação e a respectiva justificativa da opção. Dessa forma, o projeto deverá ser subsidiado por: parâmetros técnicos e operacionais; estimativas de demanda; indicadores de desempenho;

análise de viabilidade econômico-financeira; parecer jurídico; modelos de negócio e de compartilhamento de benefícios e riscos; consulta pública e processo licitatório (PORTUGAL; PRADO, 2007; SUNDFELD, 2014; BRASIL, 2017).

Esses projetos de saúde podem ainda postular dos parceiros privados interessados a confecção de Procedimento de Manifestação de Interesse, com a participação de profissionais multidisciplinares. Além da avaliação de perfis epidemiológicos e demográficos, planos de arquitetura e de tecnologia, dimensionamento dos investimentos e de possíveis agentes financiadores e organização jurídica de consórcio e das SPE (CARRERA, 2014).

A análise da viabilidade dos projetos de PPP deve seguir critérios formais, sendo uma das ferramentas mais empregadas a *VfM – Value for Money*, que possui a finalidade de garantir a eficiência na utilização dos recursos públicos e a transparência na execução dos contratos. Certamente, a principal justificativa para a utilização de PPP seria a redução dos custos e a melhoria da qualidade dos serviços (KURY, 2014), mas, como já visto, mercados mais maduros podem fazer considerações além das financeiras.

Aos moldes do previsto na Lei das PPP, em 2010, o Hospital de Subúrbio na Bahia foi a primeira PPP do Setor de Saúde criada no Brasil (CARRERA, 2012). Esse hospital é operado pela empresa Prodal Saúde S. A., advinda da união da empresa brasileira Promédica e a francesa Dalkia. Em 2013, essa empresa foi vendida e passou a ser denominada Vivante (MÂNICA, 2016).

A parceria formada, embora enfrente forte oposição de médicos e servidores da área de saúde do setor público, institui que a concessionária realize, por dez anos renováveis por mais dez anos, a gestão predial e administrativa, como também o atendimento médico. A empresa aplicou R\$ 36 milhões na implantação do Hospital e o agente público financiou outros R\$ 54 milhões. Ao final da parceria, toda a infraestrutura será revertida para o Governo do Estado da Bahia (MÂNICA, 2016).

A partir dessa experiência, o setor privado voltou seu foco para outros projetos relacionados a saúde, sobretudo em hospitais, centros de apoio e logística e centrais de diagnóstico por imagem. Destacando que, apenas entre 2010 e 2014, foram estudadas 24 PPP, abrangendo a construção e instalação de 26 novos hospitais, 184 novas Unidades Básicas de Saúde, quatro centrais de imagens digitais, cinco centros de apoio operacional e uma fábrica de medicamentos genéricos, além de inúmeros projetos de ampliação e reformas (BARBOSA; MALIK, 2015).

Em 2016, na área de saúde, foram estabelecidos contratos de PPP no valor de R\$ 886 milhões. Em 2017, até agosto, foram contratados R\$ 811 milhões em PPP. A maior parte dos financiamentos fundamentou-se nas linhas de crédito do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, em função das menores taxas de juros e do período de carência para início do pagamento. Ainda assim, grandes bancos procuram atrair as empresas do setor e, somente o Banco Santander, por exemplo, disponibilizou uma linha de crédito de R\$ 500 milhões (MARTINS, 2017).

O Brasil conta atualmente com 11 PPP contratadas na área de saúde que equivalem a um investimento de cerca de R\$ 16,7 bilhões (FERRARI, 2018).

Ainda não existem estudos suficientes para confirmar a validade da aplicação das PPP. Em relação às concessões administrativas, relatam-se os questionamentos e os problemas enfrentados na implementação pelo SUS, simultaneamente com o enredamento do desenvolvimento de projetos de PPP. Quanto ao PROADI-SUS, a isenção fiscal é significativa e vantajosa para os hospitais, mas ainda existem questionamentos quanto aos benefícios acarretados ao SUS. Em todos os casos existe a permanente necessidade de aprimoramento legal, dos processos e dos mecanismos de monitoramento (BARBOSA; MALIK, 2015).

Por fim, as PPP do Setor da Saúde tornaram-se um instrumento importante para implementação de políticas sociais e podem ser implementadas de diversas formas, dependendo da especificidade de cada país e das cláusulas firmadas. Sua efetividade depende de inúmeros

fatores e a literatura ainda carece de estudos que corroborem o entendimento de que elas são mais eficientes que a provimento público de serviços.

2.9.3 A Parceria Público-Privada no Setor de Radiodiagnóstico

Os avanços tecnológicos na área de radiodiagnóstico têm viabilizado um crescimento acentuado dos centros de radiologia no Brasil. No entanto, a distribuição territorial desses serviços ocorre predominantemente nas capitais e municípios de grande e médio porte, fator que direciona e concentra, igualmente, a incorporação de tecnologias e a oferta de emprego na área de serviços de radiologia (BRASIL, 2011b).

Em relação a utilização das PPP nesse setor, em especial no SUS brasileiro, observou-se uma estrutura limitada desde a fase inicial do diagnóstico até o início do tratamento oncológico (OLIVEIRA *et al.*, 2011 e TRUFELLI *et al.*, 2008). No SUS foram registrados atrasos entre os primeiros sintomas da doença e o diagnóstico, do diagnóstico ao tratamento e nas diversas fases do tratamento (TRUFELLI *et al.*, 2008; BUCHHOLZ *et al.*, 1993).

Esses atrasos podem acarretar em infelizes evoluções e em menores taxas de sobrevivência (RICHARDS *et al.*, 2008, ELIAS *et al.*, 2004). Assim, o estabelecimento de PPP em programas do SUS surge como uma ferramenta que poderia contribuir com a resolução desse problema (ELIAS *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A oncologia está entre as especialidades mais dispendiosas da medicina, devido ao elevado custo dos diagnósticos e medicamentos (MEROPOL *et al.*, 2009). Perante o explicitado por Kaliks *et al.* (2013), em 2009, o Hospital Israelita Albert Einstein iniciou o Programa de Pacientes Oncológicos, estabelecendo uma PPP para formação de recursos humanos relacionados a triagem oncológica, diagnóstico e tratamento, além de disponibilizar a estrutura do Hospital para o diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de mama.

No âmbito desse programa, entre 2009 e 2011, foi identificado que os intervalos entre as fases de diagnóstico e tratamento para pacientes era em média 166 dias, sendo o prazo mínimo de 13 e o máximo de 744 dias (KALIKS *et al.*, 2013). Resultados semelhantes foram

constatados por Rezende *et al.* (2009) que observou que pacientes com suspeita clínica de câncer de mama esperavam por um intervalo médio de 6,5 meses para confirmação diagnóstica na rede pública. O intervalo médio do diagnóstico ao tratamento foi considerado excessivo quando comparado ao observado nos países desenvolvidos, cuja recomendação é de no máximo 30 dias (BLEICHER *et al.*, 2012; REZENDE *et al.*, 2009; VITA JR *et al.*, 2011).

Apostando no sucesso das PPP, em 2015, o Governo do Estado da Bahia (BAHIA, 2015) firmou contrato, em regime de concessão administrativa, com a Concessionária Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S. A. (RBD), para a gestão e operação de Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem em uma Central de Imagem e em 12 Unidades Hospitalares integrantes da Rede Própria da Secretaria de Saúde do Estado.

A RBD foi formada pela união da empresa Alliar, especializada em medicina diagnóstica, a Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem, com expertise em gestão de diagnósticos por imagens para hospitais públicos e a empresa holandesa Philips, fabricante de equipamentos voltados à saúde (BAHIA, 2015).

Ao longo da concessão, que deve durar 11 anos e 6 meses, a oferta de exames deverá ser ampliada de forma significativa, desafogando não só os hospitais, mas também os pacientes que não tem acesso a exames e dependem de esperar em uma grande fila (BAHIA, 2015).

Essa iniciativa, pioneira no Brasil, pretende proporcionar o provimento dos serviços de telemedicina, diagnóstico e bioimagem e serão realizados os exames de Radiologia Convencional, Mamografia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética (BAHIA, 2015).

2.10 Os Benefícios das Parcerias Público-Privadas

A literatura no domínio das PPP indica a utilização desse modelo, primordialmente, para obtenção de potenciais benefícios que os métodos de contratação pública tradicionais não proporcionam. Entre as principais razões para sua utilização, cita-se (PPPLAB; 2014): a

execução de um projeto de PPP bem planejado pode proporcionar um financiamento adicional, a fim de complementar as dotações orçamentárias tradicionais; a obtenção de ganhos de eficiência na execução dos projetos; a partilha de riscos com o parceiro privado; a otimização dos custos ao longo do ciclo de vida dos projetos; os melhores níveis de manutenção e de serviço do que os projetos tradicionais por meio de uma estratégia baseada no tempo de vida; e a combinação das competências dos setores público e privado da forma mais eficaz.

Em recente relatório, o TCE (EU, 2018) relacionou os potenciais benefícios constatados em auditoria realizada em 12 PPP na Europa: a execução de projetos de grande escala de uma única vez; a união, em um único contrato, das fases de criação, financiamento, construção, exploração e manutenção de um projeto; a repartição dos riscos, que são imputados à parte mais apta a geri-los; a eficiência em termos de custos e tempo; a avaliação mais realista e sólida das necessidades em termos de infraestruturas e da sua utilização futura; e melhores níveis de manutenção e de serviço.

A Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa (UNECE) destacou que o principal benefício das PPP decorre da transferência de risco para o setor privado, salientando que o grau de transferência deve ser compatível com a capacidade desse agente em assumir tal risco (UNECE, 2008).

Assim, Redoschi (2014) menciona que a maior procura por essa modalidade de contratação se deve: a integração e complementaridade das capacidades de combinação da totalidade dos recursos administrativos, técnicos e financeiros disponíveis, possibilitando uma maior garantia ao empreendimento dentro dos prazos previstos; a celeridade e a redução de custos suplementares, pois a construção e a operação do empreendimento ocorre, geralmente, em prazos mais curtos do que quando o setor público elege a licitação e contratação direta dos vários componentes do projeto; o agrupamento de princípios de eficiência praticados pelo setor privado; a atratividade maior aos investidores privados na medida em que o retorno do investimento está associado em alguns empreendimentos ao fluxo de caixa do projeto; e as

entidades privadas podem apresentar direta e individualmente suas propostas de parceria ao governo, por meio de uma manifestação de interesse.

De uma forma geral, o QUADRO 5, ao esquematizar algumas diferenças entre a contratação de PPP e a contratação do sistema tradicional, destaca alguns dos benefícios da parceria com o setor privado:

QUADRO 5
Diferenças entre as contratações tradicionais e as parcerias público-privadas

Lei n. 8.666/1993	PPP	Benefício da PPP
Várias licitações: Projeto; Obras; Manutenção; e concurso público	Uma única licitação que engloba todos os serviços	Prazo de execução da obra Garantia de que a infraestrutura será mantida e operada Qualificação técnica e econômica diferenciada Foco na qualificação dos serviços e não na obra
Ineficiência na operação de infraestruturas que geram receitas acessórias (burocracia, licitação, falta de incentivos)	A concessionária fica sujeita as regras de direito privado nas relações com outros contratantes	Eficiência no desenvolvimento de negócios Incentivo à geração de receitas adicionais
Pagamento dos serviços vinculados a efetiva execução do projeto tal como concebido pela Administração Pública (metodologia e produto predefinido)	O pagamento se dá em função da disponibilização dos serviços (apenas o produto é predefinido)	Menor fiscalização nos custos efetivos da obra e dos serviços Foco no resultado e não na metodologia
Projeto básico é vinculante para o contratado	Não é necessário projeto básico prévio. A concessionária pode alterar o projeto	Menor custo para o Governo Utilização da tecnologia do setor privado Possibilidade de ganhos operacionais
Alteração do projeto básico gera reequilíbrio	O privado pode alterar o projeto sem necessidade de reequilíbrio	O Governo tem maior garantia de pagar o que foi orçado
Riscos de atraso e problemas de gerenciamento são do governo	Os riscos podem ser atribuídos à concessionária	Prazo de execução de obra
Recursos financeiros são integralmente públicos	Os recursos financeiros são obtidos pela concessionária total ou parcialmente	O Governo paga mediante disponibilização dos serviços e a longo prazo. A concessionária pode explorar receitas acessórias
Projeto básico e projeto executivo são elaborados pela Administração Pública	Possibilidade de a concessionária elaborar os projetos básico e executivo do empreendimento	Aproveitamento da <i>expertise</i> e das tecnologias de mercado que o parceiro privado possui acesso

Assim, em resumo, infere-se que os benefícios advindos de uma PPP se concentram no aumento dos investimentos em infraestrutura e, também, na crença de que o setor privado prestará serviços de maneira mais eficiente que o setor público, produzindo melhor VfM, além de entregar os serviços nos prazos, orçamentos e especificações corretas.

2.11 Os Riscos das Parcerias Público-Privadas

Mesmo com todos os benefícios esperados, os projetos de PPP oferecem riscos, mas diferenciam-se da concessão comum tradicional no momento em que os riscos gerados pela gestão do empreendimento e alcance dos resultados operacionais e financeiros são partilhados entre o agente público e o privado (REDOSCHI, 2014).

Avaliando que uma PPP sugere compromissos financeiros de longo prazo, Redoschi (2014), aduz que é fundamental que o setor público pondere a viabilidade e efetividade, considerando os seguintes riscos: garantia de demanda; recursos de terceiros, a custos e prazos; recursos orçamentários disponíveis; capacidade institucional do setor público; custos das atividades de administração e supervisão; impactos sobre o meio ambiente; e benefícios econômicos e sociais esperados, ademais da taxa interna de retorno financeiro.

Uma boa ferramenta para o governo e para o agente privado para identificação dos riscos, em cada fase do projeto, é a matriz de risco. Durante essas fases, a matriz auxilia na listagem de todos os riscos relevantes e na mitigação proposta (UNECE, 2008). Essa ferramenta já foi incorporada pela MB como forma de mitigar os riscos em suas obtenções (MB, 2018b)

Dentre os principais riscos de um contrato de PPP, Giambiagi e Além (2011) classificam os riscos em de mercado e de país, sendo:

a) riscos de mercado:

- risco de construção – relacionado a atrasos, abandono da obra e elevação de custos, durante a construção e

- risco de operação – relacionado a problemas de suprimento durante a operação do serviço.

b) risco de país:

- risco político – relaciona-se a capacidade do país em mudar as regras previamente estabelecidas, quebrar contratos, causando instabilidade jurídica,
- risco macroeconômico – relacionado a capacidade econômica do país, sobretudo com a manutenção das taxas de câmbio e juros e ao crescimento do PIB e
- risco de caso fortuito ou de força maior – relacionado a terremotos, guerras ou ataques terroristas, além de outras calamidades.

Além de relacionar os benefícios, o TCE, também, apontou os principais riscos observados em auditorias: menor concorrência devido a dimensão da infraestrutura a adjudicar; ilusão de que o orçamento de Estado será utilizado em mais projetos ou de maior envergadura; o financiamento total dos custos de construção pelo parceiro privado pode atrasar e onerar a conclusão do processo; a combinação de diferentes fases em um único contrato implica requisitos complexos e riscos adicionais; os contratos de longa duração não são compatíveis com a rápida evolução tecnológica; a repartição dos riscos pode ser influenciada pelas capacidades de negociação das partes envolvidas; as insuficiências no planejamento e na execução dos projetos pode levar a que o parceiro público tenha de suportar pagamentos significativos; o ente público corre o risco de se basear em avaliações dos parceiros privados, cujos objetivos podem não ser do interesse público; e a ausência de um sistema de sanções pode diminuir o incentivo do parceiro privado para assegurar uma manutenção de boa qualidade (UE, 2018).

No Brasil, Cintra (2014) enumera alguns riscos que se interpõem para a formulação de PPP e que se coadunam com os mencionados anteriormente, tais como a inflexibilidade da legislação, a instabilidade inflacionária, a fragilidade financeira do setor público, a desconfiança

mútua entre os setores público e privado, a concentração econômica do setor privado o inadequado sistema tributário.

Nesse compasso, Redoschi (2014) e Yescombe (2007) relatam que, normalmente, durante o processo de estruturação dos projetos, as empresas privadas e os órgãos governamentais incorrem em custos elevados, atinentes a preparo do projeto, ao alcance de garantias e financiamentos, a realização do processo licitatório e a emissão das licenças ambientais. Dessa forma a experiência prática comprova que a ausência de um mecanismo institucional adequado de administração e supervisão da PPP implicará em custos elevados (custos de transação), gerando impactos negativos para a PPP e sobrecarregando o orçamento público. Destacam, ainda, a existência de interpretações legais divergentes entre os pareceres emitidos pelos assessores jurídicos das empresas privadas e os representantes do setor público.

Outro problema da parceria é caracterizado pela atuação dos chamados parceiros, independentemente. A pretensa uniformidade da atuação desses entes esconde o fato de que os atores públicos e privados não possuem o mesmo *status*, nem os mesmos objetivos e interesses (RUCKERT; LABONTÉ, 2014)

A literatura existente oferece um perfil contraditório dos benefícios e riscos das PPP. Entre os potenciais benefícios apresentados sobressaem a atratividade de novos investimentos e o aumento da eficiência na entrega de projetos realizados pelo setor privado (BARLOW *et al.*, 2013). Entretanto, existem significativos questionamentos quanto ao desempenho da PPP em razão dos altos custos de transação ao longo do ciclo de vida do projeto e do processo de inovação limitado (BARLOW; KÖBERLE-GAISER, 2009). Por exemplo, no Reino Unido, Liebe e Pollock (2009) e Pollock *et al.* (2011) concluíram que a qualidade da construção dos hospitais e serviços de gestão não são superiores aos demais ofertados pelo poder público.

3 DESCRIÇÃO DO CASO

Este capítulo apresenta a descrição do caso sobre o Setor de Radiodiagnóstico do HNMD. Em primeiro lugar, discute-se o direito dos militares receberem AMH. Em seguida, descreve-se a complexidade da atuação e os óbices enfrentados pelo HNMD, principalmente, no Setor de Radiodiagnóstico. Posteriormente, avultam-se os elementos necessários para análise do estudo de caso apontados pela revisão da literatura.

3.1 Caso Hospital Naval Marcílio Dias

A CF conferiu tratamento diferenciado aos militares das Forças Armadas ao estipular que a Lei n. 6.880, de 9 de dezembro de 1980 – Estatuto dos Militares (BRASIL, 1980) estabelecesse que é direito do militar receber AMH, para si e seus dependentes, no País ou no exterior (BRASIL, 2017a), para tanto, na MB, existem 45 Organizações Militares (OM) Hospitalares e com facilidades médicas e 11 OM abastecidas com dotações de saúde (MB, 2012).

No Rio de Janeiro, o HNMD, principal nosocômio da MB, tem como propósito contribuir para a eficácia do SSM e participar do desenvolvimento técnico e científico do Brasil, competindo: oferecer AMH, de média e alta complexidade, aos usuários do SSM; elaborar acordos administrativos para o atendimento em clínicas especializadas Extra-MB; formar e capacitar profissionais de saúde por meio da Escola de Saúde; constituir intercâmbio com instituições de ensino, institutos de pesquisas e Indústrias; e projetar e efetuar pesquisas biomédicas de interesse da MB, promovendo transferência de tecnologia. (MB, 2014),

Em função de seu enredamento e dinamismo, o HNMD é considerado como uma das estruturas organizacionais mais complexas da MB. Dessa forma, face a esses desafios, vários mecanismos de gestão foram implementados, aprimorados e outros tantos ainda se fazem necessários (CAVALCANTI, 1996).

Apesar de se caracterizar pelo acolhimento de alta complexidade, o HNMD realiza atendimento nos diversos níveis de dificuldade, inclusive algumas atividades de atendimento básico (MB, 2014).

Dessa forma, o HNMD é um dos mais avançados Complexos Hospitalares do Brasil, uma referência nacional para diversos procedimentos, estando pronto para atender a uma população diária flutuante de 6.000 usuários, sendo que recebe, somente na área de atuação do Comando do 1º Distrito Naval, cerca de 231 mil potenciais usuários (FRÓES, 2017).

Para tanto, dispõe de 33 clínicas, 21 serviços, 618 leitos – dos quais 54 leitos são em unidades fechadas, 17 salas de cirurgia – com uma média de 13,7 mil procedimentos por ano, quatro salas de centro obstétrico, 105 consultórios – totalizando 360 mil atendimentos por ano, além de possuir em seu parque, equipamentos médicos de diagnóstico e tratamento, bem como uma força de trabalho composta por 4,7 mil pessoas para dar vazão às suas necessidades, sejam elas médicas, administrativas ou de ensino (FRÓES, 2017).

Para custear suas despesas o hospital necessitou, em 2017, do valor de R\$ 21,6 milhões por mês, em média (FRÓES, 2017).

O QUADRO 6 descreve algumas das clínicas e serviços oferecidos no HNMD.

QUADRO 6 **Clínicas e serviços oferecidos**

Medicina Clínica	Serviços Especiais
Cardiologia	
Dermatologia	
Doenças Infectoparasitárias Endocrinologia	
Fisiatria	
Gastroenterologia	
Geriatrics	
Hematologia	
Clínica Médica	
Medicina Hiperbárica Nefrologia	
Oncologia	
Pediatria	
Pneumologia Reumatologia	
Terapia Intensiva Arritmologia	
	Patologia
	Hemoterapia
	Análises Clínicas
	Psicologia
	Nutrição e Dietética
	Assistência Social
	Assistência Religiosa
	Fonoaudiologia
	Fisioterapia

Medicina Clínica	Serviços Especiais
Anestesiologia Traumato Bucal Maxilo Facial Cardíaca Geral Plástica Torácica Vascular Ginecologia Neurocirurgia Obstetrícia Oftalmologia Otorrinolaringologia Traumato Ortopedia Urologia	Radiodiagnóstico Ultrassonografia Medicina Nuclear Radioterapia Hemodinâmica Hospitalar Ambulatorial Serviço de Distribuição de Medicamentos Clínica

Fonte: MB, 2016.

Especificamente, quanto ao Setor de Radiodiagnóstico, sabe-se que a radiologia é uma das especialidades médicas que mais tem evoluído. Com frequência, surgem novos métodos de imagem, o que demanda um constante aperfeiçoamento dos profissionais que atuam nesse setor. Na atualidade, praticamente não se opera um paciente sem pelo menos um exame de imagem (MUNIZ, 2017).

A Radiologia possui duas amplas áreas de atuação, a primeira versa sobre diagnóstico por imagem e suas subespecialidades, como por exemplo a neurorradiologia, radiologia musculoesquelética, radiologia torácica, medicina interna e outras. A segunda consiste na radiologia intervencionista, também com as suas subdivisões como vascular, neurovascular e oncológica. Muitas vezes, esses ramos englobam tanto a parte diagnóstica por imagem quanto a intervencionista, pois um radiologista mamário pode realizar e laudar mamografias, ultrassonografias mamárias, ressonâncias magnéticas e ainda realizar biópsias e pequenos procedimentos mamários (MUNIZ, 2017).

Na década de 70, surgiram grandes avanços tecnológicos, tais como a radiologia intervencionista e terapêutica, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a radiologia digital. Essas inovações contribuíram com um aprimoramento das imagens de alta definição e para a preservação do meio ambiente (DARGAN, 2014). Entre os diversos

benefícios advindos dessa inovação tecnológica, Rezende (2002) indicou a elevação da precisão nos diagnósticos e tratamentos dos pacientes, a redução de cirurgias desnecessárias e a documentação por imagem de diversos casos.

Dessa forma, os serviços de radiodiagnósticos dos hospitais e clínicas são responsáveis, com a utilização de equipamentos específicos, pela realização dos exames complementares, tais como: Radiologia Convencional, Ultrassonografia, Diagnóstico Mamário, Radiologia Intervencionista, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética (Navarro, 2009). Esses serviços, também, são essenciais para os setores de emergência, pois de uma forma geral, pode-se encontrar pelo menos um tomógrafo e um aparelho de ultrassonografia para o atendimento ao público (MUNIZ, 2017).

Vale posicionar que o avanço tecnológico proporciona, também, diversas dificuldades, principalmente para o agente público, em relação à necessidade de atualização do parque tecnológico em diagnóstico por imagem, em função do custo de aquisição e de manutenção dos equipamentos, como também da permanente qualificação dos profissionais (COLLINS; HERRING; KWAKWA, 2004).

O HNMD confronta-se com vários problemas para prestar um atendimento digno a um número de usuários em constante crescimento, sem antever alternativas cabíveis a médio prazo (NAZARETH, 2018).

Atualmente, o Serviço de Radiodiagnósticos do HNMD dispõe de infraestrutura material, minimamente, adequada para realizar exames para o atual número de usuários. Entretanto, confronta-se com restrições para concretizar e noticiar os resultados dos exames de imagens, cuja espera por resultados pode demandar até seis meses (MB, 2017b).

Contudo, a administração do Hospital já percebeu a elevação constante do número de usuários do SSM, em função da constrição orçamentária dos militares da MB e seus dependentes e da ascensão dos preços dos planos de saúde (FRÓES, 2017).

Em relação à parcela do Orçamento Federal destinada ao SSM, vale mencionar que a União definiu grande parte das despesas com saúde como obrigatórias. Embora, com a Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016, tenha restringido as expansões das despesas e dos investimentos (BARBOSA JUNIOR, 2018).

Além do mencionado, os conflitos normativos e restrições orçamentárias geram cerceamentos para as contratações de recursos humanos para o CSM (NAZARETH, 2018).

3.2 Elementos de Análise para o Estudo de Caso

Para a análise do estudo de caso, os seguintes elementos destacados da revisão da literatura permitiram construir entendimentos e interpretações sobre o tema em tela: o papel do Estado como provedor de políticas sociais e bens públicos; a legislação brasileira; a experiência de outros países e organizações; o avanço tecnológico de equipamentos e técnicas; a obtenção e retenção de mão de obra especializada; o número de usuários e a demanda por serviços; os impactos nos orçamentos governamentais; e a infraestrutura do setor.

4 RESULTADOS

O conteúdo deste capítulo está disposto de forma a apresentar os resultados do estudo de caso, ressaltando as funções do Estados, a experiência adquirida por outras entidades, as demandas da legislação brasileira, a evolução tecnológica e as disponibilidades de mão de obra, recursos financeiros e materiais.

4.1 Análise e Discussão

Governos de diversos países recorreram as PPP para projetar, financiar, construir e operar projetos de infraestrutura. Embora, ainda representem uma pequena proporção, elas contribuem para atrair o financiamento do setor privado, mas a falta de capacidade de alguns governos para preparar, adquirir e gerenciar tais projetos constituem uma importante barreira (WB, 2018).

A legislação brasileira é fundada no direito romano e somente é permitido ao setor público algo com base no que a lei permite explicitamente. No tocante às PPP, elabora-se a premissa de que apenas com os instrumentos explicitamente autorizados na lei seria possível obter resultados confiáveis e efeitos desejáveis. Esse cenário contrasta com o existente em outros países, que partem da premissa oposta, permitindo a inovação e a necessária flexibilidade para o uso de novos instrumentos gerenciais e de financiamento público (CINTRA, 2014).

As PPP são compactuadas por meio de acordos de longo prazo entre uma entidade do setor público e um provedor do ente privado, cabendo a este ente projetar, construir, financiar, manter e operar ativos de infraestrutura e serviços relacionados. Os riscos advindos de atrasos na construção, superação de custos e manutenção do ativo são transferidos para o parceiro do setor privado. Ao agente público compete pagar uma taxa mensal, mediante o desempenho satisfatório, que compreende os custos de construção, financiamento, alteração do ciclo de vida, manutenção e serviços (UK, 2018).

Nesse sentido, as PPP no Setor da Saúde, no Reino Unido, tornaram-se um instrumento primordial para a prática das políticas sociais, como parte das estratégias de estabilização econômica neoliberal, que altera profundamente a forma de influência dos atores públicos e privado (KAMAT, 2004).

No Setor da Saúde, o conceito mais utilizado define PPP como arranjos particulares que não raro incluem uma terceira parte, tais como Organizações Não-Governamentais, grupos da sociedade civil, agências doadoras, bem como órgãos de gestão de fundos ou de coordenação (BUSE; WALT, 2000); embora, Nelson (2002) afirme que essas parcerias constituem um novo paradigma, pautado em processo partilhado de tomada de decisão com o ente privado lucrativo.

Essas parcerias cresceram quase cinco vezes na primeira década desse milênio (PWC, 2010), destacando que somente em 2010, em todo mundo, foram firmadas PPP de saúdes avaliadas em cerca de US\$ 4 bilhões (CARTY, 2012).

Esses contratos foram instituídos, principalmente, para construção de instalações de saúde, a provisão de serviços não clínicos, a prestação de serviços de atenção primária, a provisão de serviços de apoio ao diagnóstico, a provisão de serviços clínicos especializados e a gestão hospitalar (MÉDICI, 2011).

Nesse segmento, as PPP influenciaram os avanços tecnológicos necessários e motivaram uma alteração de percepção na saúde em nível internacional, especialmente na área farmacêutica e de vacinas. Em nível internacional, pode-se citar alguns exemplos de Iniciativas Globais em Saúde (*Global Health Initiatives*), tais como: a *Global Alliances for Vaccines and Immunizations*; o *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*; a *Global Alliance for Improved Nutrition*; a *Roll Back Malaria*, entre outras (ALMEIDA, 2012; ALMEIDA, 2016; RUCKERT; LABONTÉ, 2014).

Nesse sentido, Médici (2011) constatou a elevação do número de PPP no Setor da Saúde, por conta dos saldos positivos decorrentes de sua adoção por diversos Estados. Registrou ainda a existência de mais de 280 contratos ao redor do globo em países como Alemanha,

Austrália, Canadá, Chile, Espanha, Finlândia, França, Itália, Peru, Polônia, Portugal, Reino Unido, Suécia e outros. Contudo, ressaltou especialmente a expansão dos modelos do Reino Unido, Portugal e Espanha que possuem sistemas nacionais de saúde que influenciaram a concepção do SUS no Brasil.

A literatura sobre a expansão das PPP ainda é insuficiente e não tem sido adequadamente acompanhada; entretanto, muitos países têm se voltado, cada vez mais, para o envolvimento do setor privado no desenvolvimento, financiamento e provisão de infraestrutura e serviços públicos (ANDERSON, 2012; MAHONEY *et al.*, 2009; MAYNARD, 1986, ZHENG *et al.*, 2008), promovendo qualidade, otimizando recursos e distribuindo risco (KWAK *et al.*, 2009).

Contudo, Linder (1999) e Winch (2000) alegam que as PPP não passam de uma ferramenta política, que buscam responder às deficiências de infraestrutura em um momento de restrições orçamentárias, transferindo as despesas para futuros governos.

Além disso, também, apontaram algumas experiências em que o Banco Mundial incentivou e apoiou a realização de PPP na área da saúde em países em desenvolvimento, dentre os quais, Egito (com a construção e gestão de dois hospitais e um banco de sangue), México (desenvolvimento de dois novos hospitais), Uzbequistão (operação de quatro centros de diagnóstico) e Moldova (desenvolvimento de unidade de Radioterapia).

Portanto, apesar da crescente popularidade das PPP, não existe evidência empírica dos benefícios (BARLOW *et al.*, 2013; ENGLISH, 2005; GUASCH *et al.*, 2008; KIVLENIECE; QUELIN, 2012; ROEHRICH *et al.*, 2013; YANG *et al.*, 2013).

Face ao observado em diversos países, constatou-se que os atributos mais expressivos de uma PPP no Setor da Saúde abarcam a cooperação, o prazo dilatado, o desenvolvimento de produtos e serviços e o compartilhamento de riscos, custos e benefícios (RICHTER, 2004; TORCHIA *et al.*, 2015); todavia, registre-se o fato que, não raro, os atores

públicos e os privados desempenham diferentes papéis, objetivos e interesses, relativizando a legitimidade dessas parcerias (ALMEIDA, 2013; RUCKERT; LABONTÉ, 2014).

A MB possui uma Cultura Organizacional de emprego intensivo de pessoal. No entanto, o Comandante da Marinha (CM), face à crise vivenciada pelo Brasil, determinou a implantação de medidas de reestruturação da Força de Trabalho, fundamentada em uma correta determinação de necessidades e, por conseguinte, o aprimoramento na Gestão de Pessoal das OM. Assim, das 80.507 vagas de militares previstas na Lei n. 9.519, de 26 de novembro de 1997 (BRASIL, 1997), que dispõe sobre a reestruturação dos Corpos e Quadros de Oficiais e de Praças da MB, o CM autorizou permanecerem preenchidas 69.018 vagas (NAZARETH, 2018).

Nesse sentido, com o apoio do Programa de Gestão de Pessoal, até 2030, a MB reduzirá cargos em sua estrutura, como também diminuirá o número de obtenções e elevará a dispensa de militares existentes, investindo na elevação da participação de pessoal temporário. Essas medidas buscam a redução de custos e do impacto no SPSM (NAZARETH, 2018).

Além da situação dos militares, os servidores civis apresentam uma evasão anual média de 300 servidores, sendo que devido a incorporação gradativa das Gratificações de Desempenho, devida pela Lei n. 13.324, de 29 de julho de 2016 (BRASIL, 2016a), existe a previsão de que aproximadamente 52% dos servidores devam solicitar aposentadoria em 2019. A reposição desses servidores não vem sendo autorizada pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (BRASIL, 2011), assim, estima-se que em 2030, das 12.258 vagas, apenas 884 estarão preenchidas (NAZARETH, 2018).

No que se refere ao número de profissionais do SSM, o quantitativo de militares foi fixado por meio de decreto presidência, sendo desproporcional com o número de usuários do serviço, ainda mais com as constantes proibições, ao longo dos últimos dez anos, para aberturas de concursos públicos destinados à nomeação de servidores civis (BRASIL, 2017b).

De uma forma geral, existe uma grande dificuldade de retenção do profissional de saúde na força, após a conclusão dos cursos de formação de oficiais médicos. Apesar das vagas existentes, nem todas são preenchidas. Entre os motivos apontados, pode-se citar: a baixa atratividade salarial, quando comparado com a iniciativa privada; as atividades militares, que obrigam a afastamentos temporários e ininterruptos da localidade onde trabalha; o acúmulo de funções; os horários de expedientes incompatíveis com outras atividades; e as movimentações para outros estados ou localidades exigidas pela carreira. Além disso, o efetivo de pessoal de saúde, particularmente de médicos e enfermeiros, estaria aquém do necessário para atendimentos das atribuições previstas, tanto pela dificuldade no recrutamento de pessoal, quanto pelo aumento dos pedidos de demissão (BRASIL, 2017b).

No caso específico do HNMD, a despeito de oferecer uma infraestrutura hospitalar e boas condições de trabalho, enfrenta dificuldades para captação e manutenção de médicos militares, pois a iniciativa privada oferece melhores remunerações. No tocante aos médicos civis, as aposentadorias por tempo de serviço e a proibição de concursos públicos, conduzem essa categoria ao esgotamento (PINHEIRO, 2016).

Em relação ao número de usuários do SSM, o aumento do efetivo de militares da MB, ao longo dos últimos anos, a elevação do número de dependentes indiretos da Família Naval, conjuntamente com os efeitos da crise financeira que assola o País, aliada à ascensão dos custos dos Planos de Saúde tem induzido o aumento do número de usuários do SSM (NAZARETH, 2018) e, conseqüentemente, do HNMD, o principal hospital da MB.

O GRAF. 1, além de apresentar o número de usuários do SSM, desde 2010, evidencia de forma clara o aumento da procura pelo SSM.

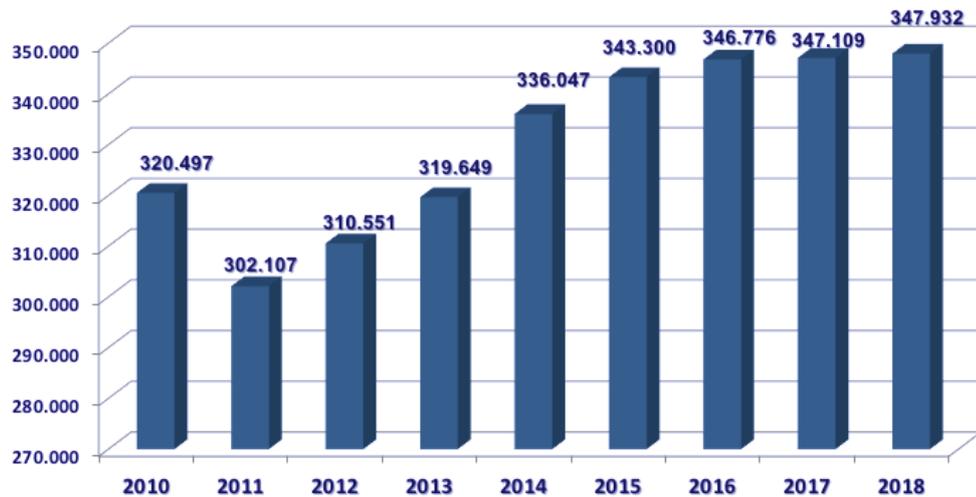


GRÁFICO 1 – Número total de usuários do Serviço de Saúde da Marinha, 2010 – mar.2018.
Fonte: NAZARETH, 2018.

O SSM possui, atualmente, um conjunto de 347.932 usuários, relevante elucidar que a maior concentração dessas pessoas, cerca de 67%, está concentrada na área de jurisdição do Comando do 1º Distrito Naval, localização do HNMD (BRASIL, 2017b). Ao longo dos últimos cinco anos, ocorreu um grande aumento do número de usuários do SSM, em decorrência da situação econômica do País e da degradação nos níveis salariais dos militares (BRASIL, 2017b).

Vale ainda apontar que o atendimento médico-hospitalar prestado pelo SSM serve para minimizar os atendimentos nos hospitais públicos civis e na rede do SUS, já que o HNMD e as demais Organizações Militares de Saúde (OMS) são responsáveis pelo atendimento de milhares de militares, seus dependentes e pensionistas, beneficiários obrigatórios do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), os quais deixam de impactar o atendimento naqueles hospitais públicos (BRASIL, 2017b).

Segundo o Diretor-Geral do Pessoal da Marinha, para fazer frente a todas as despesas de saúde da MB, o SSM é suportado no orçamento pelo Plano de Metas (PM) HOTEL, sendo que, em abril de 2018, esse PM registrava o total previsto de R\$ 577,48 milhões. As suas

principais fontes de recursos são os valores provenientes do FUSMA (49,26%) e dos repasses do Governo Federal para área de saúde (40,76%) (NAZARETH, 2018).

Desses recursos, estão previstos em 2018, para todo o SSM, o valor de R\$ 21,72 milhões para a compra de equipamentos de saúde, R\$ 330 milhões para compras de materiais de saúde e contratação de serviços, R\$ 0,42 milhões para a recuperação de bens móveis e imóveis, R\$ 8,06 milhões para a aquisição de medicamentos especiais, R\$ 133,06 milhões para o funcionamento e manutenção dos hospitais e policlínicas, R\$ 16,31 milhões para o Laboratório Farmacêutico da Marinha, R\$ 53,54 milhões para pagamentos realizados para as OSE (até mar. 2018) e R\$ 14,31 milhões para as demais atividades, incluindo as operativas e ações cívica-sociais (NAZARETH, 2018).

O HNMD despense mensalmente, em média, a importância de R\$ 21,6 milhões (FRÓES, 2017), o que corresponde anualmente a 45% do total de recursos disponíveis para o SSM.

O montante alocado ao SSM é suficiente para manter o sistema funcionando em condições aceitáveis, a despeito dos esforços que estão sendo realizados, não sobra muitos recursos para investir em infraestrutura, seja para uma nova construção ou para a recuperação da existente. Ainda mais, quando confrontado por uma inflação do Setor da Saúde de 9,9% a.a., medida em 2017, muito superior à inflação brasileira de 2,95% a.a.⁵, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – Amplo (IPCA) (NAZARETH, 2018).

A situação agravou-se em face das restrições impostas pelo novo regime fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União instituído pela Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016, que, em suma, estabeleceu limite de teto orçamentário para os próximos 20 anos, sendo que, para 2017, fixou a correção em 7,2% da despesa primária paga em 2016, e para os exercícios posteriores, estabeleceu a correção pelo IPCA referente ao exercício imediatamente anterior (BRASIL, 2016c).

⁵ BRASIL. Banco Central do Brasil. *Relatório de Inflação maio/2018*. Disponível em: < <http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2018/03/ri201803b9p.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

Outro fator preocupante para o SSM é o aumento do número de usuários encaminhados para as OSE, que implica em um vultoso dispêndio de recursos orçamentários, normalmente, em função da carência de profissionais de saúde em determinadas especialidades, bem como pela ausência de equipamentos médicos (NAZARETH, 2018). O GRAF. 2 ressalta essa evolução, em termos de recursos aplicados, sabendo que os valores correspondentes a 2018 foram computados até o mês de março de 2018.

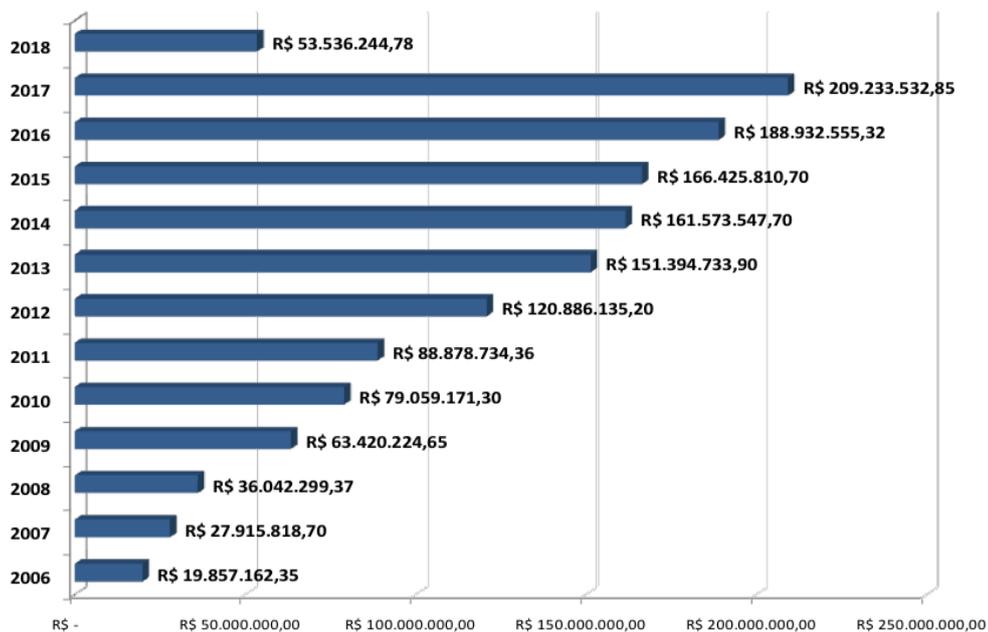


GRÁFICO 2 – Evolução dos custos com os Órgãos de Saúde Extra-MB, 2006 – mar. 2018.
Fonte: NAZARETH, 2018.

No HNMD, o Serviço de Radiodiagnóstico faz parte da estrutura do Departamento de Radiologia, estando subordinado à Vice-Diretoria de Saúde do hospital (MB, 2014), sua estrutura pode ser observada no QUADRO 7.

QUADRO 7
Comparação da estrutura do Setor de Radiodiagnóstico do HNMD, 2010 e jun. 2018

Estrutura	2010	2018
	Radiologia Convencional	
Equipamentos	6 equip. de Raios-X 3 arcos cirúrgicos 15 equip. transportáveis 2 equip. para exames contrastados	6 equip. de Raio X 5 arcos cirúrgicos 12 equip. transportáveis 2 equip. CR Multicassetes
Pessoal	25 técnicos em radiologia médica 4 médicos residentes 2 médicos para laudos dos exames	32 técnicos em radiologia médica
Exames	5.000/mês	6.151/mês (agendamento – 5 dias)
Estrutura	Mamografia e Estereotaxi	
Equipamentos	1 mamógrafo com estereotaxia digital	2 mamógrafos 1 equip. de estereotaxia digital
Pessoal	3 técnicos em radiologia médica 1 médico para laudos dos exames e pelas biópsias	4 técnicos em radiologia médica
Exames	350/mês	258/mês (agendamento – 30 dias)
Estrutura	Tomografia Computadorizada	
Equipamentos	1 tomógrafo helicoidal 1 tomógrafo multislice 40 canais,	1 tomógrafo multislice 40 canais 1 tomógrafo multislice definition AS
Pessoal	10 técnicos em radiologia médica 5 médicos para laudos dos exames	15 técnicos em radiologia médica
Exames	1.700/mês	2.143/mês (agendamento – 44 dias)
Estrutura	Ressonância Magnética	
Equipamentos	2 equip. de ressonância magnética	2 equip. de ressonância magnética
Pessoal	5 médicos 10 técnicos em radiologia médica	12 técnicos em radiologia médica
Exames	750/mês	754/mês (agendamento – 45 dias)

Fonte: Elaboração própria com base em NEY, 2010; OTÁVIO, 2018.

Para manter essa estrutura, além dos gastos com a folha de pagamento de seus profissionais e com os insumos, também, é necessário que o HNMD despenda, mensalmente, R\$ 18,8 mil para a empresa responsável pelo programa de radioproteção e, ainda, as despesas com manutenção preventiva para os equipamentos de ressonância magnética e Raio-X, no valor de R\$ 51,2 mil – Empresa Philips Medical, para os equipamentos de Tomografia e Raio-X, no valor de R\$ 40 mil – Siemens e para o PACS, no valor de R\$ 28,5 mil – Empresa Carestream (OTAVIO, 2018).

Ao observar o QUADRO 7, pode-se verificar que, ao longo de oito anos, não ocorreram significativas alterações na estrutura desse serviço. Praticamente, a quantidade de equipamentos e de técnicos em radiologia médica não sofreram sensíveis alterações, acarretando somente em pequenas mudanças no número de exames realizados. Entretanto, observou-se uma acentuada redução em profissionais de saúde habilitados para emissão dos respectivos laudos dos exames.

Fernandes (2018) e Otávio (2018) apresentaram que a estrutura do Setor de Radiodiagnóstico do HNMD não é suficiente para atender a atual demanda dos usuários, obrigando à administração do hospital a terceirizar, principalmente, os serviços de emissão de laudos, mediante o credenciamento de OSE.

O GRAF. 3 apresenta uma redução do número de exames de imagens realizados no HNMD (FRÓES, 2017), embora esse aparente arrefecimento não signifique, por si só, um decréscimo das necessidades dos usuários. Assistiu-se uma adequação dos serviços ofertados aos limites estruturais e orçamentários do setor, acarretando em extensas filas, tanto para a realização dos exames quanto para a obtenção dos respectivos laudos (MB, 2017b).



GRÁFICO 3 – Número total de exames de imagens dos usuários do Hospital Naval Marcílio Dias, 2011 – 2017

Fonte: FRÓES, 2017.

Quanto à emissão de laudos, pode-se constatar uma espera de até seis meses (MB, 2017b). Frequentemente, alguns usuários, devido ao lapso temporal, solicitam o cancelamento do exame e, respectivo, laudo, face a extinção das necessidades ou a procura por exames em unidades privadas (MB, 2017).

Em função de problemas de infraestrutura e da impossibilidade de preenchimento da totalidade dos cargos por meio de concurso públicos anteriores, o SSM e, também, o HNMD realizam credenciamento de empresas para prestação de serviços em várias especializações para que seja atendida à necessidade de proteção à vida humana, até que a contratação decorrente possa ser substituída pela atuação de servidores cursados (BRASIL, 2017b).

O credenciamento é uma espécie de cadastro de prestadores de serviço ou fornecedores. Um ato formal por meio do qual o particular é reconhecido como em condições de contratação, sem caracterizar uma preferência da AP. Essa característica peculiar torna inexigível o certame licitatório em consonância com o art. 25, inciso II, da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 2017b).

No entanto, existe uma controvérsia jurídica, principalmente, entre o TCU e a Advocacia-Geral da União, alternando a procedência dessas contratações, que versa sobre a possibilidade de atuação de pessoas jurídicas prestadoras de serviços e profissionais autônomos da área de saúde nas instalações das OMS, mesmo existindo fundamento legal no Decreto n. 92.512, de 2 de abril de 1986 (BRASIL, 2017; MB, 2017a; RIO DE JANEIRO, 2017). Essa discussão provoca instabilidade administrativa, no tocante à solução de continuidade da prestação dos serviços.

O Decreto prevê que os Comandos Militares possam celebrar convênios ou contratos com entidades pública, com pessoas jurídicas de direito privado ou com particulares para prestar AMH aos seus beneficiários nas localidades onde não existam OMS; complementar os serviços especializados de suas OMS; e para outros fins, a critério dos respectivos Comandos Militares (BRASIL, 1986).

Os questionamentos estão direcionados fundamentalmente pelo fato de que o desempenho dos serviços de saúde seria de exclusividade dos profissionais militares de carreira ou temporários, por se tratar de atividade-fim da OMS e para evitar a lotação em cargo público de profissional de saúde sem a observância de concursos públicos, como, também, para não permitir a coexistência de profissionais com regimes diversos, no exercício de funções semelhantes com remunerações diferentes (BRASIL, 2017; MB, 2017a; RIO DE JANEIRO, 2017).

Diante de seu dever de zelar pela vida e saúde de seus militares e familiares, a MB não considera razoável aguardar indefinidamente pelo recompletamento de seus cargos médicos. Assim, para permitir a continuidade da AMH, celebrou Termos de Credenciamento para o SSM, que obtiveram parecer favorável da Consultoria-geral da União no Estado do Rio de Janeiro e, também, proporcionaram uma sensível vantagem econômica para a AP, no que tange aos custos de contratação e à capacitação de profissionais concursados e residentes no HNMD (MB, 2017a).

Apesar da insegurança quanto à sua legalidade, o credenciamento, ultimamente, é a medida que menos onera os cofres públicos para que a MB possa oferecer assistência à saúde de forma eficiente. Segundo levantamento realizado pela Diretoria de Saúde da Marinha, essa modalidade pode gerar uma economia mensal não inferior a R\$ 425,3 mil, somente na realização de exames de ultrassonografia, ecocardiografia e testes ergométricos, pois apesar da existência de equipamentos que atendam as necessidades, existe carência de pessoal para operá-los (MB, 2017a).

Nesse sentido, para suprir as necessidades de seus usuários, o HNMD elaborou um Termo de Inexigibilidade para Credenciamento de OSE que prestem o serviço de emissão de laudos de exames por imagem. A TAB. 1 reúne, no período de 2015 a 2017, os gastos desse nosocômio para emissão de Laudos em OSE.

TABELA 1
Gastos com emissão de laudos com Órgão de Saúde Extra-MB, 2015 – 2017

ULTRASSONOGRAFIA			
EMPRESAS CREDENCIADAS	2015	2016	2017
INSTITUTO HERMES PARDINI	R\$ 715.356,25	R\$ 177.069,82	R\$ 36.191,00
IBRASON	R\$ 757.570,45	R\$ 775.548,01	R\$ 503.214,90
CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR	R\$ 436.213,88	R\$ 4.747,15	Não emitiu laudos
IBRASON	R\$ 623.639,46	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos
CENTRO MÉDICO CIRURGICO	R\$ 546.068,58	R\$ 242.431,99	R\$ 150.055,39
TOTAL ANUAL	R\$ 3.078.848,62	R\$ 1.199.796,97	R\$ 689.461,29

EMISSÃO DE LAUDOS RADIODIAGNÓSTICO			
EMPRESAS CREDENCIADAS	2015	2016	2017
ADRID SERVIÇOS -ME	R\$ 46.406,50	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos
RX BANDEIRANTES	R\$ 117.306,50	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos
META IMAGEM	R\$ 202.146,00	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos
RAD NET	R\$ 197.174,50	R\$ 121.320,00	Não emitiu laudos
RAD-INTERV	R\$ 259.419,00	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos
CARVALHO E RODRIGUES	R\$ 18.223,50	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos
PLENUS CLINICA DE DIAGNÓSTICO	R\$ 273.406,00	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos
GR CENTRO DE IMAGEM	R\$ 225.325,50	R\$ 117.310,24	R\$ 173.957,00
CORRÊA E CAMACHO	R\$ 305.526,00	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos
KEF APOIO	Não emitiu laudos	R\$ 24.841,92	R\$ 121.627,08
KANAAN E MOTTA	Não emitiu laudos	R\$ 9.871,68	R\$ 102.242,40
RADIMAGE	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos	R\$ 55.431,42
RVIEIRA	Não emitiu laudos	Não emitiu laudos	R\$ 38.527,72
TOTAL ANUAL	R\$ 1.644.933,50	R\$ 273.343,84	R\$ 491.785,62

Fonte: Elaboração própria baseado em FERNANDES, 2018.

A MB estabeleceu um Plano de Ação com o TCU para a melhoria do SSM, organizando as ações para: o aumento das interações com as demais Forças, visando aprimorar os sistemas de saúde; a realização de parcerias para desenvolvimento de pesquisa, formação de residentes e gestão interna; a criação de uma plataforma para informar aos usuários sobre os serviços disponíveis e matérias sobre prevenção de doenças; a ampliação do Abrigo do Marinheiro, uma instituição privada sem fins lucrativos voltada para a promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças; a realização de gestões para a realização de concursos públicos para servidores civis e militares; a elaboração de projetos que permitam a contratação de profissionais de saúde temporários; e o aprimoramento da capacitação de pessoal (MB, 2017a).

Para Rego (2008) um sistema de saúde não funciona de acordo com as regras puras do mercado, ou seja, a teoria econômica tradicional não se ajusta perfeitamente, pois os mercados funcionam segundo as leis da oferta e da procura, onde o preço dos produtos e

serviços dependem de suas demandas e ofertas. O bem público saúde é limitado devido à obrigatoriedade do Estado em garantir que todos os cidadãos tenham acesso a saúde. Os governos devem intervir por meio da produção de serviços em quantidade e qualidades suficientes, de regulamentações e de fiscalização do sistema, com o objetivo primordial de manter a equidade no acesso e a universalidade na cobertura (REGO, 2008).

Vale destacar as observações de Barros (2009), no tocante a identificação, de que os órgãos de saúde, como prestadores de cuidados de saúde, não podem ser considerados simplesmente uma empresa comum. São instituições diferentes, não somente pela natureza das suas atividades, mas também pela organização interna peculiar. Existe uma complexidade em suas estruturas internas, onde coexistem hierarquias médicas e administrativas. Outra característica especial atenta ao fato de, em muitos países, a maioria dos hospitais funcionam sem fins lucrativos, por serem públicos ou pertencerem a entidades beneficentes, com isso seu objetivo diverge da maximização de lucro e converge na otimização dos custos (BARROS, 2009).

No Brasil, diariamente são veiculadas reclamações sobre a precariedade do SUS. Como solução, as PPP no Setor da Saúde surgem como um atrativo para investimentos para o setor e com isso sanar os déficits estruturais do sistema (BARBOSA; MALIK, 2015).

A literatura disponível sugere que a utilização das PPP pode ser mais benéfica para a AP do que as contratações públicas tradicionais, proporcionando financiamentos suplementares, ganhos de eficiência e qualidade nos níveis de manutenção e de serviço (PPPLAB; 2014). Além de proporcionar serviços assistenciais específicos, ao incorpora alta tecnologia, como na diálise, na rádio e quimioterapia, exames diagnósticos por imagem, cirurgias eletivas e outros (ANDRÉ; HERMANN, 2013; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; LLUMPO *et al.*, 2015; VICENTE-FUENTES 2015; TORCHIA *et al.*, 2015).

Para preencher o vácuo na infraestrutura brasileira, Monteiro (2014) prega a premência e o caráter estratégico do modelo concessório de PPP para modernizar as instalações e permitir que o Estado empregue mais recursos nos setores mais vulneráveis.

Nesse diapasão, para todo o SSM, e, particularmente, para o Setor de Radiodiagnóstico do hospital mais complexo da MB, o HNMD, existe uma inegável necessidade de obtenção de recursos financeiros, humanos e materiais, a fim de disponibilizar adequadamente a AMH aos usuários do sistema de saúde (FRÓES, 2017; MB, 2017a; NAZARETH, 2018).

Assim é primordial para a MB atrair novos recursos para suas infraestrutura, sem no entanto, desembolsar recursos imediatamente, para atender ao crescente número de usuários do SSM (NAZARETH, 2018), buscar fontes alternativas de investimentos e reduzir despesas orçamentárias com OSE (NAZARETH, 2018), bem como buscar alcançar o prazo recomendado para emissão de laudos de exames dos países desenvolvidos, que é de 30 dias (BLEICHER *et al.*, 2012; REZENDE *et al.*, 2009; VITA JR *et al.*, 2011).

Dessa forma, existem pressupostos teóricos suficientes neste estudo que respaldem a criação de uma PPP piloto no Setor de Radiodiagnóstico do HNMD. A criação desse projeto atenderá a prioridade atribuída pelo Setor da Defesa (BRASIL, 2018) e, também, ao estabelecido em Plano de Ação com o TCU, para a melhoria do SSM (MB, 2017a).

Contudo, apesar da crescente popularidade das PPP, não existe evidência empírica dos reais benefícios desse modelo em relação às demais alternativas de contratação (BARLOW *et al.*, 2013; ENGLISH, 2005; GUASCH *et al.*, 2008; KIVLENIECE; QUELIN, 2012; ROEHRICH *et al.*, 2013; YANG *et al.*, 2013). Assim, para resguardar a AP, faz-se necessário atender ao previsto na Lei das PPP, elaborando estudos sobre conveniência e oportunidade, subsidiados por parâmetros técnicos e operacionais; estimativas de demanda; indicadores de desempenho; análise de viabilidade econômico-financeira; parecer jurídico; modelos de

negócio e de compartilhamento de benefícios e riscos; consulta pública e processo licitatório (PORTUGAL; PRADO, 2007; SUNDFELD, 2014; BRASIL, 2017).

5 CONCLUSÃO

Este trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa exploratória do tipo revisão narrativa seguida de um estudo de caso, que busca identificar a exequibilidade do emprego da PPP no Setor de Radiodiagnóstico do HNMD, como também os benefícios e riscos de seu emprego, destacando que, até o momento, não foram realizados estudos semelhantes na Marinha do Brasil (MB).

Segundo a literatura consultada, as PPP se apresentam como um instrumento capaz de ajustar os benefícios inerentes dos atores privados, como inovação, expertise, eficiência gerencial e espírito empreendedor, e o papel dos atores públicos, advindos da gestão dos interesses públicos e da responsabilidade e justiça sociais. Ainda, podem criar um ambiente propício para fornecer serviços e infraestrutura de saúde de boa qualidade em contraponto com as formas de contratação tradicionais.

Os trabalhos acadêmicos existentes proporcionam uma interpretação incongruente sobre os benefícios e riscos das PPP, mas, em um cenário promissor, os *stakeholders* podem ser beneficiados pela atratividade de novos financiamentos para infraestrutura e serviços públicos, a partilha de riscos entre os agentes, a otimização dos custos e prazos e a elevação da qualidade da manutenção e dos serviços prestados no Setor da Saúde.

Os benefícios advindos de uma PPP se concentram no aumento dos investimentos em infraestrutura e, também, na crença de que o setor privado prestará serviços de maneira mais eficiente que o setor público, produzindo melhor VfM, além de entregar os serviços nos prazos, orçamentos e especificações corretas.

Persistem, porém, significativos questionamentos quanto ao desempenho da PPP em razão dos altos custos de transação ao longo do ciclo de vida do projeto e do processo de inovação limitado.

Os agentes públicos e os privados devem considerar, por meio de ferramentas como o VfM e a matriz de risco, a viabilidade e efetividade dos projetos, com o propósito de mitigar os principais riscos de uma PPP.

As PPP provaram ser uma alternativa viável em vários países, a despeito das discussões quanto à eficiência ou de ideologias, os governos estão implementando novos projetos e mantendo antigos, seja pela dificuldade de dispor de recursos orçamentários para atender a essas necessidades ou pelo caráter estratégico para alcançar a execução de políticas públicas sociais.

Em um panorama, as PPP, principalmente no Brasil, necessitam, ainda, sobrepujar os óbices advindos da insegurança jurídica e econômica, das fontes alternativas de financiamento, como também da previsibilidade e garantia dos fluxos de caixa.

Especificamente na realidade brasileira, ainda, existem poucas parcerias no Setor da Saúde, em estudo ou em execução. Porém, a experiência exitosa da implantação de complexos hospitalares estimula o interesse das empresas e do ente público para o desenvolvimento de novos projetos.

Não por menos, no Setor da Defesa brasileiro, o EB evidencia suas pretensões em estabelecer uma PPP para implementar novas e manter as antigas infraestruturas de saúde. E, apesar de possuir algumas iniciativas de PPP cadastradas no CCGPPP, a MB não apresentou projetos voltados para área de saúde, muito menos para a prestação de serviços de radiologia, objeto deste estudo.

Alguns óbices arcados pela Administração Naval corroboram com as suposições para a urgência da implantação de PPP no SSM, neste caso específico, no Setor de Radiodiagnóstico do HNMD, entre eles, sobressaindo as dificuldades e os custos de captação e manutenção de profissionais de saúde, civis ou militares, mediante restrições orçamentárias e legislativas, bem como pela atratividade da iniciativa privada.

O presente estudo conclui que, apesar do aumento da notoriedade das implantações de PPP, persiste a necessidade de mais pesquisas empíricas para exploração das lacunas de evidência. As futuras explorações poderão desenvolver uma compreensão mais substanciada, a partir de uma perspectiva estratégica, sobre o alargamento dos mecanismos de incentivo para o desenvolvimento de parcerias, a gestão de risco nos serviços de saúde e a formulação de elementos favoráveis ao processo de aprendizagem entre projetos em curso.

Respaldo pelos resultados observados nos modelos desenvolvidos em muitos países, em destaque no Reino Unido e Portugal, e nas experiências implementadas no Brasil, infere-se que existam pressupostos teóricos suficientes que respaldem o emprego da PPP no Setor de Radiodiagnóstico do HNMD, tornando esse projeto viável.

A criação desse projeto considerará a prioridade atribuída pelo Setor da Defesa e, também, ao estabelecido em Plano de Ação com o TCU, para a melhoria do SSM.

REFERÊNCIAS

- ACERETE, B. *et al. Spanish Healthcare Public Private Partnerships: the 'Alzira model'. Critical Perspectives on Accounting*. Elsevier. 2011 p. 12. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1045-235411000785> Acesso em: 05 jul. 2018.
- ALMEIDA, C. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Cad. Saúde Pública. 2002.
- _____. *Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados*. In: Giovanella L, (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 871-922.
- _____. *Saúde, política externa e cooperação Sul-Sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil*. In: Gadelha, P (Org.). *Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2013. p. 233-327.
- _____. *Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais*. Caderno de Saúde Pública. 2017.
- AMORIM, J. M. *As Parcerias Público-Privadas no Plano Internacional: experiências marcantes*. Revista da FESP: periódico de diálogos científicos. v. 1, n. 7, mar. 2010. João Pessoa: Fundação de Ensino Superior da Paraíba, 2010.
- ANDERSON, S. *Public, private, neither, both? Publicness theory and the analysis of healthcare organisations*. Soc. Sci. Med. 2012
- ANDRÉ, C.; HERMANN, C. *Privatisation of health care in Europe. Vienna: Working Life Research Centre*; 2013.
- ARCHANJO, P. F. *A regulamentação das Parcerias Público-Privadas (PPP) no Brasil e a experiência do Reino Unido*. Economia Política. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.
- BAHIA. Secretaria de Fazenda. *Contrato de Concessão Administrativa n. 4 para Gestão e Operação de Serviços de Apoio de Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia*. 2015. Disponível em:< http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_diagnostico_por_imagem.htm>. Acesso em: 05 jul. 2018.
- BARBOSA JUNIOR, I. Aula Inaugural proferida ao Curso de Políticas e Estratégias Marítimas. 19 fev. 2018. Escola de Guerra Naval.
- BARBOSA, A. P.; MALIK; A. M. *Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014*.

Rev. Adm. Pública. Rio de Janeiro, set./out./2015. p. 6. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612136177>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BARLOW, J.; KÖBERLE-GAISER, M. *Delivering innovation in hospital construction: contracts and collaboration in the UK's Private Finance Initiative hospitals program*. Calif. Manag. Rev. 51. 2009.

BARLOW, J.; ROEHRICH, J. K.; WRIGHT, S. *Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services*. Health Aff. 32. 2013.

BARROS, P. P. *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos, 2 ed.* Coimbra: Edições Almedina, S.A. 2009.

BITTENCOURT, S. *Parceria Público-Privada – passo a passo. 2 ed.* Belo Horizonte: Editora Fórum, 2011. 293p.

BLEICHER, R. J. *et al. Preoperative delays in the US Medicare population with breast cancer*. J. Clin. Oncol. 2012.

BORNALI, D. *et al. Digital chest X-ray through a mobile van: public private partnership to detect sputum negative pulmonary TB*. BMC Res Notes. 2017.

BRASIL. Banco Central do Brasil. *Relatório de Inflação maio/2018*. 2018a. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2018/03/ri201803b9p.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Câmara dos Deputados. *Diário da Câmara dos Deputados. Brasília, ano LVIII. n. 203, p. 64556, 28 nov. 2003*. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/D203NOV2003.pdf#page=71>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. Lei n. 6.880, de 9 de dezembro de 1980. *Dispõe sobre o Estatuto dos Militares*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6880.htm>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. 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*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. *Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18666cons.htm>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. Lei n. 8.987, de 13 de fevereiro de 1995a. *Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previstos no art. 175 da Constituição Federal*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8987cons.htm>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Ministério da Defesa. *Defesa e Comando do Exército visitam projetos de Parcerias Público-Privadas (PPP) no Estado da Bahia*. 2018b. Disponível em: < <https://www.defesa.gov.br/noticias/42200-defesa-e-comando-do-exercito-visitam-projetos-de-parcerias-publico-privadas-ppp-no-estado-da-bahia>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Portaria n. 39, de 25 de março de 2011a. *Suspender, por tempo indeterminado, os efeitos das portarias de autorização para realização de concursos públicos*. Disponível em:< http://www.adur-rj.org.br/4poli/gruposadur/gtpe/portaria_39_25_3_11.htm>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. *Parceria Público -Privadas: Projetos Federais*. 2018c. Disponível em: < <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/desenvolvimento/parcerias-publico-privadas/projetos/projetos-federais>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. *Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2018*. 2017c. Disponível em: < <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamento-cidadao/orcamento-cidadao2018.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Normas e Manuais Técnicos - Série A. Técnico em radiologia: diretrizes e orientações para a formação*. 2011b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico_radiologia_diretrizes_orientacoes_formacao.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Presidência da República. Decreto n. 92.512, de 2 de abril de 1986. *Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes*. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D92512.htm >. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Secretaria Especial do Programa de Parcerias de Investimento. *Relatório de Acompanhamento do Andamento dos Empreendimentos e demais Ações no Âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos*. 2018c. Disponível em: < <http://www.avancarparcerias.gov.br/publicacoes-institucionais>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BRITO, B. M. B.; SILVEIRA, A. H. P. *Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro*. Revista do Servidor Público, Brasília, Vol. 56, n. 1. Jan/Mar. 2005. p. 7-21. Disponível em: <http://antigo.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=847&Itemid=307>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BUCHHOLZ, T. A. *et al. Effect of delay in radiation in the combined modality treatment of breast cancer*. Int. J. Rad. Oncol. Biol. Physics. 1993.

BUSE, K.; WALT, G. *Global public-private partnerships: part I – a new development in health?* Bull. World Health Organ. 2000.

_____. *Global public-private partnerships: part II – what are the health issues for global governance?* Bull. World Health Organ. 2000a.

BUSE, K.; HARMER, A. *Power to the partners? The politics of public-private health partnerships*. Development. 2004.

BUSTAMANTE, A. V.; MÉNDEZ, C. A. *Health care privatization in latin america: comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico*. J Health Polit Policy Law 2014.

CAMPOS, C. C. *Editorial. Cadernos, Ano 9 n. 23*. Rio de Janeiro: FGV Projetos. 2014. Disponível em: <[http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11647/PARCERIAS % 20PUBLICO % 20 PRIVADAS % 20NO % 20 BRASIL.pdf?sequence=1](http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11647/PARCERIAS%20PUBLICO%20PRIVADAS%20NO%20BRASIL.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

CARRERA, M. B. M. *Parceria público-privada na saúde no Brasil: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador - Bahia*. Dissertação de Mestrado para Escola de Administração de Empresas. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas. 2012.

_____. *Parceria público-privada (PPP): análise do mérito de projetos do setor saúde no Brasil*. Tese para Escola de Administração de Empresas. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas. 2014.

CARTY, A. *How to Ensure Successful PPP Procurement*. European PPP Luxembourg: Expertise Centre. 2012.

CAVALCANTI, H.T. *Auditoria Médico-Hospitalar*. Trabalho apresentado como requisito de aprovação no Curso de Política e Estratégia Marítimas (C-PEM), Escola de Guerra Naval, Rio de Janeiro. 1996.

CINTRA, M. *Modelagem de PPP. Pré-Requisitos Fundamentais e suas Implicações*. *Cadernos, Ano 9 n. 23*. Rio de Janeiro: FGV Projetos. 2014. Disponível em: <[http:// biblioteca digital.fgv.br /dspace /bitstream/ handle/ 10438/ 11647 / PARCERIAS % 20 PUBLICO % 20 PRIVADAS % 20NO % 20 BRASIL.pdf?sequence=1](http://biblioteca digital.fgv.br /dspace /bitstream/ handle/ 10438/ 11647 / PARCERIAS % 20 PUBLICO % 20 PRIVADAS % 20NO % 20 BRASIL.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

COLLINS, J.; HERRING, W.; KWAKWA, F. *Current practices in evaluating radiology residents, faculty, and programs: results of a survey of radiology residency program directors*. Acad. Radiol. 2004. Disponível em < [https:// www.researchgate.net /publication /8489918_Current_practices_in_evaluating_radiology_residents_faculty_and_programs_Results_of_a_survey_of_radiology_residency_program_directors](https://www.researchgate.net/publication/8489918_Current_practices_in_evaluating_radiology_residents_faculty_and_programs_Results_of_a_survey_of_radiology_residency_program_directors)>. Acesso em: 18 mar. 2018.

COUTINHO, L. *Depoimento*. *Cadernos, Ano 9 n. 23*. Rio de Janeiro: FGV Projetos. Disponível em: <<http:// biblioteca digital.fgv.br /dspace /bitstream/ handle/ 10438/ 11647 / PARCERIAS % 20 PUBLICO % 20 PRIVADAS % 20NO % 20 BRASIL. pdf? Sequence =1>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

DARGAN, R. S. *Preserving, celebrating radiology's revolutionary road*. 2014. Disponível em: < [https://www.rsna.org/uploadedFiles/RSNA/Content/News /PDF/2014/RSNA_ News_ June_ 2014_ web. pdf](https://www.rsna.org/uploadedFiles/RSNA/Content/News/PDF/2014/RSNA_News_June_2014_web.pdf) >. Acesso em: 18 mar. 2018.

DELMON, J. *Private Sector Investment in Infrastructure: Project Finance, PPP Projects and PPP Frameworks*. 3 ed. Netherlands: Wolters Kluwer. 2015.

DELMON, J. Understanding Options for Public-Private Partnerships in Infrastructure. 2010. The World Bank: Finance Economics & Urban Department Finance and Guarantees Unit. Disponível em: < <https://pppknowledgelab.org/guide/sections/3-what-is-a-ppp-defining-public-private-partnership>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

EISENHARDT, K. M. *Building theories from case study research*. The Academy of Management Review, v. 14, n.4. Oct.1989.

ELIAS, P. E. *Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo*. São Paulo: Perspectiva. 2004.

ENGLISH, L. *Using public e private partnerships to deliver social infrastructure: the Australian experience*. In: HODGE, E.; CARSTEN, G. (Org.), *The Challenge of Public e Private Partnerships: Learning from International Experience*. UK: Edward Elgar. 2005

EXÉRCITO DO BRASIL - EB. Estado-Maior do Exército. Portaria n. 34, de 26 de fevereiro de 2014. *Aprova a Diretriz para Planejamento da Parceria Público-Privada do Projeto de Complexos de Saúde do Exército Brasileiro (PPP-HOSPMIL)*. Disponível em: <<http://www.epex.eb.mil.br/images/pdf/doc/portarian34.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

FARQUHARSON, E. *et al. How to Engage with the Private Sector in Public-Private Partnerships in Emerging Markets*. 2011. Washington, DC: The World Bank. Disponível em: < <https://ppiaf.org/documents/16> >. Acesso em: 05 jul. 2018.

FENELON, S. A. *História da Radiografia no Brasil*. Revista MED. 2005. Disponível em: <<http://imagingologia.com.br/extra/upload%20historia/A-Historia-da-Radiologia-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

FERNANDES. F. B. *Relatório sobre Credenciamento de OSE para Emissão de Laudos de Exames por imagem do HNMD – Maio 2018*. Rio de Janeiro: HNMD. 2018.

FERRARI. L. *Brasil tem Poucas Parcerias*. Valor Setorial Saúde. Jun. 2018. Disponível em:< <https://www.valor.com.br/revistas/#!/edition/158063?page=1§ion=1> >. Acesso em: 05 jul. 2018.

FRANCO, I. *Experiências Alienígenas: lições para o Brasil*. In: MATOS, M. (Org.). *Conexão Migalhas: PPP – Parcerias Público-Privadas*. Campinas: Millenium Editora. 2006.

FRÓES, L. C. B. *Palestra ao Futuro Diretor-Geral do Pessoal da Marinha*. 12 jul. 2017. Hospital Naval Marcílio Dias.

GHAURI, P. *Designing and conducting case studies in international business research*. In: Marschan-Piekkari, R.; Welch, C. *Handbook of Qualitative Research Methods for International Business*. Cheltenham, U.K.: Edward Elgar. 2004.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. *Finanças Públicas - Teoria e prática no Brasil. 4. ed.* Rio de Janeiro: Elsevier. 2011. 498 p.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. *Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha.* Cad. Saúde Pública. 2014.

GOMES, A. N.; SANTOS, I. L. R. M. *O processo de privatização no Brasil e as Parcerias Público-Privadas.* Fórum de Contratação e Gestão Pública, ano 12, n. 142. Belo Horizonte, out. 2013.

GUASCH, J.; LAFFONT, J. J.; STRAUB, S. *Renegotiation of concession contracts in Latin America: evidence from the water and transport sectors.* Int. J. Indust. Org. 2008.

GUIMARÃES, F. V. *PPP - Parceria Público Privada. 2 ed.* São Paulo: Saraiva. 2013.

KALIKS, L. *et al. Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia.* São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein.

KAMAT, S. *The Privatization of Public Interest: Theorizing Discourse in a Neoliberal Era.* Ver. Int. Polit. Econ. 2004.

KIVLENIECE, I.; QUELIN, B. *Creating and capturing value in public-private ties: a private actor's perspective.* Acad. Manag. Rev. 37. 2012.

KURY, F. *Visão de Investimentos Financeiros Para PPP no Brasil. Cadernos, Ano 9 n. 23.* Rio de Janeiro: FGV Projetos. 2014. Disponível em: <[http:// biblioteca digital.fgv.br /dspace /bitstream/ handle/ 10438/ 11647 / PARCELIAS % 20 PUBLICO % 20 PRIVADAS % 20NO % 20 BRASIL.pdf?sequence=1](http://biblioteca.digital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11647/PARCELIAS%20PUBLICO%20PRIVADAS%20NO%20BRASIL.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

KWAK, Y. H.; CHIH, Y.; IBBS, C. W. *Towards a comprehensive understanding of public private partnerships for infrastructure development.* Calif. Manag. Rev. 51. 2009.

LEIGLAND, J.; SHUGART, C. *Is the Public Sector Comparator Right for Developing Countries? Gridlines Note 4.* Washington, DC: PPIAF. Abr. 2006.

LIEBE, M.; POLLOCK, A. *The Experience of the Private Finance Initiative in the UK's National Health Service.* Edinburgh: University of Edinburgh, Centre for International Public Health Policy. 2009.

LINDER, S. H. *Coming to terms with the public e private partnerships: a grammar of multiple meanings.* Am. Behav. Sci. 1999.

LLUMPO, A. *et al. Lessons from Latin America: the early landscape, of health-care public-private partnerships. Healthcare Partnerships Series, 2.* San Francisco: Global Health Group. 2015.

LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. *Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America.* Washington DC: World Bank - Technical Department for Latin America and the Caribbean. 1995.

LUCAS, N. M. *Comentários à lei de PPP: parceria público-privada: fundamentos econômico-jurídicos.* São Paulo: Malheiros. 2007.

MAHONEY, J. T., MCGAHAN, A., PITELIS, C. *The interdependence of private and public interests.* Organ. Sci. 2009

MÂNICA, F. B. *Parcerias público-privadas no setor da saúde: um panorama das concessões administrativas no Brasil e no mundo.* In: AVANZA, C. S. *et al.* (Org.). *Direito da saúde em perspectiva: Judicialização, gestão e acesso.* Vitória: Editora Emescam. 2016. p. 215-252.

Marinha do Brasil. Gabinete do Comandante da Marinha. Portaria n. 330, de 25 de setembro de 2009a. *Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha.* Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/10/2009&jornal=1&pagina=17&totalArquivos=84>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. DGPM-401 - Normas para Assistência Médico-Hospitalar. 2012. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/dsm/sites/www.marinha.mil.br.dsm/files/DGPM-401%20rev3%20MOD6%20-%20completo.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. DGPM-401 - Normas para Assistência Médico-Hospitalar. 2012. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/dsm/sites/www.marinha.mil.br.dsm/files/DGPM-401%20rev3%20MOD6%20-%20completo.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. Ofício n. 50-121, de 12 de julho de 2017a, da Assessoria Jurídica e Disciplina da Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha.

_____. Diretoria de Saúde da Marinha. *Regulamento do Hospital Naval Marcílio Dias.* 2014. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/hnmd/node/37>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. Hospital Naval Marcílio Dias. *Manual do Paciente.* 2009. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/hnmd/sites/www.marinha.mil.br.hnmd/files/upload/Manual_do_Paciente.pdf#overlay-context=manual_paciente>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. *Carta de Serviços ao Cidadão.* 2016. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/hnmd/sites/www.marinha.mil.br.hnmd/files/upload/carta_de_servico-HNM D.pdf#overlay-context=carta-srv-cidadao>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. *80 Anos de Dedicção e Serviços à Marinha*. 2018a. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/hnmd/>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. *Conselho de Gestão de Nov. 2017*. Hospital Naval Marcílio Dias. 2017b.

_____. Secretaria-Geral da Marinha. *SGM-107 - Normas Gerais de Administração – Volume I*. 2015. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br /programanetuno/programanetuno>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. Circular n. 12, de 20 de dezembro de 2017c. *Divulga o instrumento da Parceria Público-Privada e disseminar os procedimentos necessários à sua implementação*. 2017. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. Circular n. 24, de 16 de fevereiro de 2018. *Divulga a Gestão de riscos nas aquisições da MB*. 2018b. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

MARTINS, D. *Demanda por Capital de Giro*. 2017. Valor Setorial Saúde. Outubro 2017. Disponível em: <<https://www.valor.com.br/revistas/#!/edition/125515?page=4§ion=1&word=PPP>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

MAYNARD, A. *Public and private sector interactions: an economic perspective*. Soc. Sci. Med. 22. 1986.

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

MEROPOL, N. J. *et al. American Society of Clinical Oncology guidance statement: the cost of cancer care*. J. Clin. Oncol. 2009.

MONTEIRO, J. M. *Depoimento Cadernos, Ano 9 n. 23*. Rio de Janeiro: FGV Projetos. 2014. Disponível em: <[http:// biblioteca digital.fgv.br /dspace /bitstream/ handle/ 10438/ 11647 / PARCELIAS % 20 PUBLICO % 20 PRIVADAS % 20NO % 20 BRASIL.pdf?sequence=1](http://biblioteca.digital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11647/PARCELIAS%20PUBLICO%20PRIVADAS%20NO%20BRASIL.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

PAUWELS, P.; MATTHYSSENS, P. *The architecture of multiple case study research in international business*. In: Marschan-Piekkari, R.; Welch, C. Handbook of Qualitative Research Methods for International Business. Cheltenham, U.K.: Edward Elgar, 2004

MOREIRA, T.; CARNEIRO, M. C. F. *A parceria público-privada na infraestrutura econômica*. Revista do BNDES, v. 1, n. 2, dez. 1994.

MUNIZ, B. C. *Radiologia e Diagnóstico por Imagem: a especialidade do presente e do futuro*. Portal PEBMED. 2017. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/radiologia-e-diagnostico-por-imagem-a-especialidade-do-presente-e-do-futuro/>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

NAVARRO, M. V. T. *Risco, Radiodiagnóstico e Vigilância Sanitária*. Salvador: EDUFBA. 2009.

NAZARETH, C. L. *Palestra ao Curso de Política e Estratégia Marítima*. 25 maio 2018, Escola de Guerra Naval.

NELSON, J. *Building partnerships: cooperation between the United Nations system and private sector. Report Commissioned by the United Nations Global Compact*. New York: UN Department of Public Information. 2002.

NEY, M. S. C. J. *Acreditação Hospitalar: Empregar os níveis de acreditação hospitalar na análise do Serviço de Radiodiagnóstico do Hospital Naval Marcílio Dias*. 2010. Escola de Guerra Naval.

OLIVEIRA, et al. *Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama*. Cad Saude Pública. 2011.

OLIVEIRA, G. H. J. *Parceria público-privada e direito ao desenvolvimento: uma abordagem necessária*. Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico. 2005. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/artigo/gustavo-hen-rique-justino-de-oliveira/parceria-publico-privada-e-direito-ao-desenvolvimento-uma-abordagemnecessaria>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

OLIVEIRA, R. A. *Parcerias público-privadas em saúde: a gestão dos serviços clínico*. Lisboa: Universidade de Lisboa. 2011.

OLIVEIRA, M. P. *Características gerais do HNMD*. Hospital Naval Marcílio Dias: Departamento de Enfermagem. 2018.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. *Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships*. 2012. Disponível em:< <http://www.oecd.org/governance/budgeting/PPP-Recommendation.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

PINHEIRO, H. B. *Terceirização do Apoio Logístico. A gestão dos serviços médicos terceirizados no Hospital Naval Marcílio Dias*. 2016

POLLOCK, A.; PRICE, D.; LIEBE, M. *PFI and NHS austerity: PFI ring-fencing prioritizes investor returns over patient care*. Br. Med. J. 2011.

PORTUGAL, M.; PRADO. *Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil*. Rev. Adm. Pública set./out. 2015.

PPPLAB. *Insights Series 01: public-private partnership, a brief introduction*. Rotterdam: School Of Management, 2014. Disponível em: < <https://www.ppplab.org/wp/wp-content/uploads/2014/10/PPP-Serie-A1-spreads1.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

PRICE WATERHOUSE COOPERS – PWC. *Build and Beyond: The (r)evolution of Healthcare PPP*. New York: PWC. 2010. Disponível em: <<http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/build-and-beyond.jhtml>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

PROGRAMA DE CONFERÊNCIA - GL99. *Quarta Conferência Internacional sobre Literatura Cinza: Novas Fronteiras na Literatura Cinza*. Washington DC: The New York Academy of Medicine. Out. 1999.

REBOLLO, A. *et al. The APMG Public-Private Partnership (PPP) Certification Guide*. 2016. Washington, DC: The World Bank Disponível em: <<https://ppp-certification.com/pppguide/download>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

REDOSCHI, D. A. *Parceria Público-Privada: Desafios e Oportunidades. Cadernos, Ano 9 n. 23*. Rio de Janeiro: FGV Projetos. 2014. Disponível em: <[http://biblioteca.digital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11647/PARCERIAS % 20 PUBLICO % 20 PRIVADAS % 20NO % 20 BRASIL.pdf?sequence=1](http://biblioteca.digital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11647/PARCERIAS%20PUBLICO%20PRIVADAS%20NO%20BRASIL.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

REGO, G. *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Vida Económica-Editoria. 2008.

REINO UNIDO - UK. HM Treasury. *A new approach to public private partnerships*. London: Infrastructure and Projects Authority. 2012. Disponível em: <[https:// www.gov.uk /government/publications](https://www.gov.uk/government/publications)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. *Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2017 summary data*. London: Infrastructure and Projects Authority. 2018. Disponível em: <[https:// www.gov.uk /government/publications](https://www.gov.uk/government/publications)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

_____. _____. *Public Private Partnerships and Signed Project List*. London: Infrastructure and Projects Authority 2013. Disponível em: <[https:// www.gov.uk /government /publications](https://www.gov.uk/government/publications)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

REIS, R. F.; SARMENTO, J. M. *A ascensão e queda das parcerias público-privadas em Portugal*. In. OLIVEIRA, G.; OLIVEIRA, FILHO, L. C. (Org.) *Parcerias Público-Privadas: experiências, desafios e propostas*. 1 ed. Rio de Janeiro: LTC. 2013. p. 148-149.

REZENDE, J. M. O. *Uso da Tecnologia no Diagnóstico Médico e suas Consequências*. XIV Encontro Científico do Acadêmicos de Medicina. Goiânia. 2002. Disponível em: <<http://www.jmrezende.com.br/tecnologia.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

REZENDE, M. C.; KOCH; H. A.; FIGUEIREDO, J. A.; THULER, L. C. *Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro*. Ver. Bras. Ginecol. Obstet. 2009.

RIBEIRO, M. P. *Concessões e PPP - Melhores Práticas em Licitações e Contratos*. São Paulo: Editora Atlas. 2011. 192p.

RICHARDS, M. A. *et al.* *Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review.* Lancet. 1999.

RICHTER, J. *Public-private partnerships and international health policy-making: how can public interests be safeguarded?* Helsinki: Hakapaino Ou. 2004.

RIO DE JANEIRO. Consultoria-geral da União. Nota n. 95, de 3 de maio de 2017.

ROEHRICH, J., BARLOW, J., WRIGHT, S. *Delivering European healthcare infrastructure through public-private partnerships: the theory and practice of contracting and bundling.* In: DAS, T. K. *Research in Strategic Alliances*, Book: 'Managing Public-private Strategic Alliances. 1 ed. Information Age Publishing. 2013.

ROEHRICH, J. K.; LEWIS, M. A.; GEORGE, G. *Are Public-Private Partnerships a Healthy Option? A Systematic Review.* Social Science and Medicine. School Of Business. 2014. Disponível em: <http://ink.library.smu.edu.sg/lkcsb_research/4691>. Acesso em: 05 jul. 2018.

RUCKERT, A.; LABONTÉ, R. *Public-private partnerships (PPP) in global health: the good, the bad and the ugly.* Third World. 2014.

SANDELOWSKI, M., BARROSO, M. *Handbook for synthesizing qualitative research.* New York: Springer. 2007.

SCHÄFERHOFF, M.; CAMPE, S.; KAAAN, C. *Transnational public-private partnerships in international relations: making sense of concepts, research frameworks, and results.* International Studies Review. 2009.

SOUTO, M. J. V. *Direito Administrativo das Parcerias.* Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2005. 403p.

SUNDFELD, C. A. O Direito e as Parcerias Empresariais e Contratuais entre Estado e particulares. *Cadernos, Ano 9 n. 23.* Rio de Janeiro: FGV Projetos. 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.digital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11647/PARCELIAS%20PUBLICO%20PRIVADAS%20NO%20BRASIL.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT - EIU. *Evaluating the environment for public-private partnerships in Latin America and the Caribbean - LAC.* Infrascopes 2015.

TORCHIA, M. *et al.* *Public-private partnerships in health care sector: a systematic review of the literature.* Public Management Review. 2015.

TRUFELLI, D. C. *et al.* *Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público.* Ver. Assoc. Med. Bras. 2008.

UNIÃO EUROPEIA. Tribunal de Contas Europeu. *Relatório Especial - Parcerias Público Privadas na UE: insuficiências generalizadas e benefícios limitados.* Luxemburgo. 2018.

Disponível em: <<https://www.eca.europa.eu/pt/Pages/DocItem.aspx?did=45153>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE – UNECE. *Guidebook On Promoting Good Governance In Public-Private Partnerships*. 2008. New York: United Nations. Disponível em: <<https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/publications/ppp.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

VAN TULDER, R.; PFISTERER, S. *Creating the partnering space. Exploring the right fit for sustainable development partnerships*. In: SEITANIDI, M. M.; CRANE, A. (Org.). *Social Partnerships and Responsible Business. A Research Handbook*. Routledge. 2013.

VELLUTINI, R. *Entrevista. Cadernos, Ano 9 n. 23*. Rio de Janeiro: FGV Projetos. 2014. Disponível em: <[http://biblioteca.digital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11647/PARCERIAS % 20 PUBLICO % 20 PRIVADAS % 20NO % 20 BRASIL.pdf?sequence=1](http://biblioteca.digital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11647/PARCERIAS%20PUBLICO%20PRIVADAS%20NO%20BRASIL.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 05 jul. 2018.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. *Saúde e desenvolvimento*. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/02.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018

VICENTE-FUENTES, F. *Colaboración público privada en la gestión de los centros y servicios sociosanitarios: experiencias en Europa y en España*. Cartagena: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2015.

VITA JR, V. T.; LAWRENCE, V. S.; ROSENBERG, A. S. *Hellman and Rosenberg's Cancer: Principles and practice of oncology. 9 ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2011.

WALD, A.; MORAES, L. R.; WALD, A. M. *O Direito de Parceria e a Lei de Concessões (Análise das Leis ns. 8.987/95 e 9.074/95 e Legislação Subsequente)*. 2. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2004. 954p.

WANDERLEY, K. L. et al. *Contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010*. Rev. Adm. Pública set./out. 2015. Rio de Janeiro, 2012. p. 26-89.

WINCH, G. *Institutional reform in British construction: partnering and private finance*. Build. Res. Inform. 2000.

WORLD BANK - WB. *The state in a changing world - overview*. Washington, DC: World Bank. 1997.

_____. *Procuring Infrastructure Public-Private Partnerships Report*. 2018. International Bank for Reconstruction and Development. Washington, DC: World Bank. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO. *Global tuberculosis report 2016*. Geneva: United Nations. 2016.

YANG, Y.; HOU, Y.; WANG, Y. *On the development of public-private partnerships in transitional economies: an explanatory framework*. Public Adm. Rev. 2013.

YEPES, F. J. *¿Por qué la crisis multisistémica de la salud?* Rev Gerenc Políticas Salud. 2013.

YESCOMBE, E. R. *Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance*. Oxford: Butterworth-Heinemann. 2007.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (4ª ed.). Porto Alegre: Bookman. 2010.

ZANCHIM, K. L. *Contratos de Parceria Público-Privada (PPP) - risco e incerteza*. São Paulo: Quartier Latin. 2012. 272p.

ZHENG, J.; ROEHRICH, J.; LEWIS, M. *The dynamics of contractual and relational governance: evidence from long-term public-private procurement arrangements*. J. Purch. Supply Manag. 2008.