



## Artigo Original

## Parceria público-privada (PPP) nos sistemas de saúde brasileiro e inglês: um estudo comparativo.

*Reference and Counter reference: Understandings and Practices*

Loriana Guaresi<sup>1</sup>  
Paulo Rogério Melo de Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade do Vale do Itajaí

<sup>2</sup> Universidade do Vale do Itajaí

**Resumo:** O artigo compara as parcerias público-privada nos sistemas de saúde brasileiro (SUS) e inglês (NHS), com o propósito de observar consonâncias e dissonâncias destes sistemas de saúde, com enfoque nas parcerias público-privadas. Considera-se através desta pesquisa, que as semelhanças sugerem que ambos sistemas possuem legislação vigente, o período de concessão da Parceria Público-Privada (PPP), em que optaram por longa duração e na avaliação econômica, que tanto o NHS, na forma do Value for Money, quanto no SUS, através de estudo técnico, realizam esta avaliação.

**Palavras-chaves:** Políticas Públicas; Sistemas de Saúde; Parcerias Público-Privadas.

**Abstract:** The Reference and the Counter-Reference in Health are a mechanism of the Unified Health System (SUS), which favor the exchange of information in the care network, the user's transit in the system, and the continuity of care, and is therefore considered a powerful tool that promotes the integral practice in health. Unfortunately, due to the fragmentation of the attention system, there are still some difficulties for its effectiveness. In such context, Higher Education Institutions (HEIs) also play a role in the process of reversing the fragmented reality of health practice, for the operationalization of an integral and more humanized practice. In seeking to understand this context for better results, this study analyzed the understandings and practices expressed by the sixth year medicine students, about reference and counter-Health. A qualitative research was developed, through the application of semistructured interviews to the students. The sample was determined by the data saturation criterion. The analysis of content in its thematic modality made possible the interpretation of the data. After analyzing the data, four categories and seven sense nuclei were detected. This study allowed, besides the identification of the theoretical contents learned by the students, the recognition of the importance of the practice of reference and counter reference on Health in the process of training students in the medical course in interface with the daily work of health services.

**Keywords:** National Health System; Access to health services; Reference and Consultation; Professional Practice.

### 1. Introdução

O artigo tem, por objetivo comparar as características da PPP no sistema de saúde inglês *National Health Service* (NHS) e Sistema Único de Saúde (SUS).

Conceitualmente, para Kivleniece e Quelin (2012) as Parcerias Público-Privadas (PPP) baseiam-se em relações contratuais colaborativas e de longo prazo, com base nas quais o poder público se apoia nos recursos e competências de parceiros privados para a provisão direta de bens ou serviços públicos.

PPP, no desenvolvimento de instalações, envolvem empresas privadas na concepção, financiamento, construção, propriedade e/ou operação de uma utilidade ou serviço do setor público. Tais parcerias entre o setor público e privado são uma alternativa aceita ao fornecimento estatal tradicional de instalações e serviços públicos. Indiscutivelmente, a abordagem conjunta permite que o cliente do setor público e o fornecedor do setor privado misturem suas habilidades

especiais e obtenham um resultado, que nenhuma das partes conseguiria sozinha. O uso de PPP não é simples, no entanto existem qu

estões complexas que devem ser discutidas pelos governos, a fim de adotar este método de aquisição para o desenvolvimento de infraestrutura (AKINTOYE; BECKE; HARDCASTLE, 2003).

As PPP estão no auge desde a década de 1990 em muitas agendas de saúde pública. Quando não se consegue distribuir benefícios em saúde para as pessoas que necessitam, as parcerias entre organizações públicas e privadas tornam-se inovadoras ao garantir o resultado desejado. Essa tendência está cada vez mais aparente, desde 1990, particularmente nos esforços para garantir o acesso aos serviços de saúde (REICH, 2002). Conforme Mânica (2016), os contratos de PPP pelos sistemas públicos de saúde em escala mundial se deram em duas grandes etapas: a primeira, nas décadas de 1970 e 1980, teve a finalidade primordial de contenção de custos; a segunda, iniciada na década de 1990 e que segue até hoje, objetivou ampliar a capacidade instalada, buscar maior eficiência dos serviços, aumentar a transparência na aplicação dos recursos e melhorar a satisfação dos usuários.

Kickbuscha e Quick (1998) reforçam este argumento sustentando que as parcerias para a saúde tornaram-se um importante mecanismo para o desenvolvimento da saúde e acrescentam que as iniciativas conjuntas entre o setor público, não-governamental organizações e o setor corporativo estão aumentando, tanto no país quanto em nível internacional. Um número crescente de declarações políticas, conferências e publicações destacam a importância e necessidade de construir parcerias e ilustrar as experiências adquiridas.

No entanto, Reich (2002) aponta que os problemas abordados por parcerias envolvem questões de equidade na saúde que comumente são caracterizadas pela falta de acesso. As PPP podem produzir estratégias inovadoras e consequências positivas, e podem criar mecanismos poderosos para lidar com problemas difíceis. Ao mesmo tempo, ressalta Reich que as regras para as PPP são fluidas e ambíguas, e para se construir uma parceria eficaz exige esforço e risco substanciais.

Um ponto forte dessas parcerias é que nenhum lado sozinho pode alcançar seus objetivos específicos. Logo, colaboração é inevitável e reflete o reconhecimento de que alguns problemas exigem muitos parceiros e mecanismos organizacionais complexos para abordar todos os diferentes aspectos.

Atingir os benefícios potenciais das parcerias público-privadas requer, portanto, não apenas a boa vontade, mas também a capacidade de gerenciar a integração organizacional eficaz ao longo de toda a rota do produtor para o consumidor. Esta experiência demonstra que as parcerias podem desempenhar um papel crítico abordando as iniquidades em saúde global e produzindo benefícios tangíveis para bem-estar social. Porém, também exigem uma direção cuidadosa para evitar as armadilhas que abundam (REICH, 2002).

Parcerias para saúde proporcionaram novas oportunidades para a saúde; permitiram uma ampla propriedade de saúde em toda a sociedade e adicionou um novo dimensão à ação intersetorial em saúde. A importância das parcerias continuará a crescer e com isso ganhos significativos podem ser alcançados com a participação de outros setores além da saúde. Este desenvolvimento aumenta o número de atores na saúde internacional e tem implicações para o papel da Saúde Mundial Organização (OMS) (KICKBUSCHA; QUICK, 1998).

O presente artigo tem como objetivo realizar um estudo comparativo das PPP no sistema de saúde inglês National Health Service (NHS) e no Sistema Único de Saúde (SUS).

Considera-se que o método comparativo é o processo de análise baseado na lógica e confronta para alcançar uma constante fundamental, consiste em comparar, assimilar e diferenciar dentro dos limites. Apresenta-se um ao outro, pondo em destaque as curvas de evolução, semelhanças e diferenças (PLISCOFF; MONJE, 2003). Frente a isto, a pergunta da investigação do presente artigo foi "Quais são as diferenças e consonâncias da PPP no NHS e no SUS?"

O método comparativo nesta pesquisa possibilitará observar consonâncias e dissonâncias dos sistemas de saúde brasileiro e inglês, com enfoque na complementariedade do setor privado no serviço de saúde na forma de PPP.

## 2. Parcerias público-privadas no NHS e no SUS.

Berço dos sistemas nacionais de saúde, o Reino Unido foi pioneiro, na década de 1990, na adoção dos contratos de parceria público-privada, e oferece hoje uma vasta experiência na área (MANICA, 2016).

Segundo Wolf e Oliveira (2017), a evolução do NHS, entre 1974 e 1997, foi marcada pela tentativa de lidar com a falta de recursos para assegurar que a oferta fosse compatível com demanda por serviços de saúde e a busca da provisão de serviços do setor privado no NHS. Esse processo atingiu o seu auge com a separação entre ofertantes e demandantes de serviços, ocorrida na década de 1990, e a criação de um “quase mercado” no interior do serviço público de saúde, com consequências bastante questionáveis do ponto de vista da resolução dos problemas enfrentados pelo sistema.

A aproximação do setor público e do setor privado ocorreu por meio da *Private Finance Initiative* (IFP). Criada no governo conservador de Thatcher e Major e expandida nos governos trabalhistas de Blair e Brown, a IFP previa que o setor privado construiria a infraestrutura para os ofertantes de serviços do setor público, que então pagavam o serviço em prestações ao longo dos anos. Até então, as despesas com expansão e modernização da infraestrutura existente eram financiadas fundamentalmente pelo governo central por meio de impostos, e os ofertantes do serviço não eram obrigados a pagar juros dos recursos investidos. Após a IFP, essas prestações somaram-se aos custos já bastante elevados dos ofertantes de serviços do setor público e contribuíram para deteriorar ainda mais a sua situação financeira (WOLF; OLIVEIRA, 2017).

A principal característica do modelo inglês de PPP na área da saúde se refere à delimitação dos serviços envolvidos, que não alcança os serviços médicos ('bata branca'), razão pela qual o modelo é conhecido como 'bata cinza' (que faz referência aos serviços de construção, equipamentos e apoio operacional). Esse modelo é o mais difundido por todo o mundo (MANICA, 2016).

Os principais esquemas de IFP são tipicamente DBFO (*design, build, finance and operate*), pelo qual o NHS faz pagamentos anuais pelo uso de instalações privadas ao longo de um período de concessão principal de 25 a aproximadamente 40 anos (HOOD; MILLS; STEIN, 2003). Isso significa que o parceiro do setor privado é responsável por: projetar as instalações (com base nos requisitos especificados pelo NHS); construir as instalações (a tempo e a um custo fixo); financiar o custo de capital (com o retorno a ser recuperado através de continuar a disponibilizar as instalações e atender aos requisitos do NHS); operar as instalações (fornecendo gerenciamento de instalações e outros serviços de suporte) (UNITED KINGDOM, 2010).

Os riscos em cada uma dessas áreas serão assumidos pelo parceiro IFP, se estiverem melhor posicionados para suportá-los, de tal forma que, em geral, os riscos associados à aquisição de novos ativos e serviços para o NHS serão reduzidos. Além disso, como o capital do parceiro IFP está em risco, eles terão fortes incentivos para continuar a ter um bom desempenho durante a vigência do contrato (UNITED KINGDOM, 2010).

Na avaliação da iniciativa financeira, todos os custos são “ajustados ao risco”. O princípio do ajuste de risco é que, se faça, uma comparação justa entre a opção da iniciativa privada e a opção do setor público. É necessário ter em conta os riscos que, em contratação pública, o setor público se sustenta, mas que sob a IFP paga o investidor privado, para suportar. Na maioria dos casos isso é feito através da adição de uma quantia que representa o custo do risco ao custo atual líquido do setor público comparador. A transferência de risco é avaliada entre 20 e 73 milhões de libras em uma amostra de regimes e tem um efeito decisivo no resultado da avaliação econômica. Tanto o desconto quanto o ajuste de risco parecem ser necessários para que a IFP apresente o “*Value for Money*”(VFM) (GAFFNEY, et al; 1999).

A essência do IFP é que o NHS define suas necessidades em termos de “produtos”, ou seja, a natureza e o nível do serviço exigido, e convida os licitantes do setor privado a apresentar suas soluções para atender a essas necessidades, a fim de trazer soluções inovadoras para estas demandas do serviço de saúde (UNITED KINGDOM, 2010).

A IFP na área da saúde levou algum tempo para se desenvolver. Apesar das tentativas, foi em grande parte por causa de incertezas de que o *status* legal do NHS *Trusts* poderia não ser

capaz de proteger investidores. Isso significava que os construtores e financiadores não eram preparados para assumir os riscos ou emprestar dinheiro para apoiar o IFP no NHS. Isso levou à necessidade de aprovar a Lei do Passivo Residual do NHS em 1996 e a Lei do NHS (Private Finance) em 1997, ambas destinadas a dar garantias aos bancos. Particularmente no caso do NHS *Trusts que*, caso e torne falido, o reembolso financeiro adequado seria fornecido pelo governo (BROADBENT; GILL; LAUGHLIN, 2003).

Vale frisar, neste contexto que o financiamento de saúde no Reino Unido é de cerca de 9,9% do PIB (SALDIVA; VERAS, 2018).

No Brasil, o termo PPP pode ser usado para duas formas de relação entre os setores público e privado. Num sentido mais abrangente, a PPP são múltiplos vínculos negociais de forma longitudinal estabelecidos entre a administração pública e instituições privadas, na atuação de atividades com algum interesse genérico. No sentido mais limitado, a criação da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, estabeleceu normas gerais para viabilizar licitação e contratação de PPP no âmbito da administração pública, que antes não podiam ser feitas por insuficiência normativa ou por proibição legal, sendo o parceiro privado com finalidade lucrativa (CARRERA, 2014).

A Lei n. 11.079/2004 instituiu normas gerais para viabilizar licitação e contratação de PPP no âmbito da administração pública, permitindo uma relação em que o parceiro privado se propõe a disponibilizar ao serviço público ou à sociedade algum tipo de serviço ou ainda execução de obras, incumbindo ao Estado pagar estipêndio vinculada ao desempenho em período estabelecido (CONASS, 2018).

O SUS reúne um amplo conjunto de instituições gestoras e prestadoras de serviços do setor público de saúde, mantido pelas três esferas de governo, e é ampliado com a participação do setor privado sob uma relação contratual. Conforme a Lei Federal 11.079/2004, existem dois modelos de concessão: a patrocinada e a administrativa. A primeira refere concessão de serviço ou obra em que se adiciona à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação financeira do público ao privado. A concessão administrativa não admite a cobrança de nenhuma tarifa do usuário, na medida em que a própria é responsável pela oferta do bem à sociedade; esta última tem como exemplo a educação e saúde na construção, reforma e gestão de hospitais, clínicas e serviços especializados (CARRERA, 2014) (CONASS, 2018).

Ambos os tipos de PPP têm três características: (a) prazo de vigência de 5 a 35 anos, no máximo; (b) valor total superior a R\$ 20 milhões, diluído no período contratual; e (c) requisitos prévios à formalização do contrato, são realizadas análises rigorosas das necessidades, comparações e justificativas pela opção, que levam em conta a aferição e prospecção de demanda, projetos, indicadores, programa de investimento; estudos de viabilidade econômico-financeira, modelagem econômica, comercial, jurídica e de risco. É vetado possuir como única finalidade o fornecimento de mão de obra, instalação de equipamentos ou execução da obra pública. É permitido a participação das instituições privadas na fase de preparação dos projetos, denominada de Procedimento de Manifestação de Interesse, com apresentação de documentos técnicos, jurídicos e financeiros (ALMEIDA, 2017) (REDOSCHI, 2014) (CONASS, 2018). Para a contratação de PPP o principal horizonte é a eficiência para o serviço público.

No entanto, Carrera (2014) alerta que a PPP é um grande desafio, pois uma condição que contribui para a complexidade de um projeto desta magnitude é a necessidade de conciliar a defesa do interesse público com os objetivos de lucro do setor privado.

Quanto à aplicabilidade, a PPP pode ser utilizada em diversos setores, na saúde se concentram nas obras, provisão de serviços e gestão de unidades hospitalares. As PPP têm apresentado crescimento nos últimos anos e está concentrada em áreas cujo financiamento não pode ser integralmente custeado pelo Estado, seja pela complexidade crescente, seja pelo alto investimento de capital financeiro (CONASS, 2018).

No SUS, a implementação das PPP ainda é inicial. Já se pode citar os casos do Hospital do Subúrbio em Salvador (BA), Hospital Metropolitano da Região do Barreiro em Belo Horizonte (BH) e a Modernização da Rede Hospitalar em São Paulo (SP) (CONASS, 2018).

Pode-se dizer que o fator principal apontado para a utilização da modalidade de PPP na saúde no Brasil é a possibilidade de modernização da estrutura (hospitalar, ambulatorial ou farmacêutica) num tempo mais curto e de forma mais eficiente, com aporte financeiro privado.

Entretanto, a primeira PPP da saúde no Brasil, Hospital do Subúrbio de Salvador, teve como finalidade de projeto a gestão clínica e não clínica, e não fez parte dele a construção do hospital (CARRERA, 2014).

Para destaque da relação público-privada na forma de PPP, foi elaborado uma síntese comparativa entre o SUS e o NHS, em que se observa semelhanças e diferenças nos dois sistemas de saúde.

**Tabela 1:** Síntese comparativa das PPP no âmbito do SUS e do NHS.

	NHS	SUS	REFERÊNCIAS
<b>Quanto à forma de PPP</b>	IFP	Concessão administrativa	Wolf;Oliveira(2017) Carrera(2014) Conass(2018)
<b>Delimitação dos serviços envolvidos</b>	Bata cinza	Bata cinza e branca	Manica (2016)
<b>Legislação</b>	Lei do Passivo Residual do NHS em 1996 e a Lei do NHS (PrivateFinance) em 1997	Lei n. 11.079 em 2004	Broadbent; Gill; Laughlin(2003) Carrera(2014)
<b>Período de concessão da PPP</b>	De 25 a 40 anos	De 5 a 35 anos	Hood; Mills; Stein (2003) Almeida(2017) Redoschi (2014) Conass (2018)
<b>Riscos</b>	Do parceiro privado	Repartição objetiva de riscos entre as partes.	United Kingdom (2010) Lei 11.079 (2004)
<b>Avaliação econômica</b>	<i>Value for Money</i>	Estudo técnico	Gaffney, et al; (1999)
<b>Financiamento em saúde</b>	9,9% do PIB	8% do PIB	Saldiva; Veras, (2018)

**Fonte:** Elaborado pela autora.

O quadro acima evidencia, quanto à forma de PPP, que o NHS possui a IFP, esta utiliza recursos do setor privado e introduz a sua propriedade em empresas estatais, preservando os objetivos de interesse público e política pública por meio de legislação, regulamentação, enquanto o SUS se utiliza da concessão administrativa que é a prestação de serviços (público ou não), podendo o serviço privado assumir a execução da obra e outras prestações. O custeio integral dos serviços prestados pelo parceiro privado aos usuários finais. Ambas modalidades não geram pagamento direto dos usuários.

Ao empregar a PPP, observa-se diferença entre os dois sistemas no que tange a delimitação dos serviços envolvidos. No NHS há a preocupação por parte do governo em restringir a PPP em serviços de bata cinza, como citado anteriormente, apenas prestação de ofícios não clínicos. No SUS, por sua vez, a primeira PPP criada, o Hospital de Subúrbio na Bahia, que teve início de suas atividades em 2010, e contempla tanto bata cinza, como a bata branca.

No que se refere à legislação, ambas apresentam leis vigentes para a contratação de projetos de PPP. No Reino Unido, a Lei do Passivo Residual de 1996 e a Lei do NHS (*Private Finance*) em 1997, são específicas do NHS, e no Brasil a lei 11.079 em 2004, que abrange não apenas contratos no SUS, mas também contempla outras áreas.

Quanto ao período de concessão da PPP, tanto o NHS como o SUS optaram por longa duração. No NHS, de 25 a 40 anos, e no SUS de 5 a 35 anos.

Quanto aos riscos, no NHS este é transferido ao parceiro privado, enquanto no SUS é repartido objetivamente entre as partes.

No NHS, todos os custos são ajustados ao risco. Segundo Gaffney (*et al*, 1999) a transferência de risco é avaliada entre 20 e 73 milhões de libras em uma amostra de regimes e tem um efeito decisivo no resultado da avaliação econômica.

Já no Brasil, a repartição de riscos é um ponto fundamental dos contratos de longo prazo, pois estes dependem de uma adequada distribuição de riscos para que possam adquirir maior eficiência ao longo de seu ciclo de vida. A racionalidade dessa partilha é o que permitirá gerar estruturas de custos mais eficientes e propiciar maior estabilidade contratual (GUIMARAES, 2017).

A avaliação econômica no NHS é realizada pelo parceiro IFP, em que deve elaborar o *Value for Money*, que segundo Hood; Mills e Stein (2003), o VFM pode ser alcançado se o setor privado assumir riscos que, de outro modo, seriam suportados pelo setor público; por meio de uma gestão econômica pelo setor privado.

A avaliação econômica da PPP no Brasil, trata na lei 11.079/04 que deve ser feito estudo técnico pelo Comitê Gestor da Parceria Público Privada integrado por representantes do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, na coordenação, do Ministério da Fazenda e da Casa Civil da Presidência da República.

A respeito do financiamento em saúde, tanto no SUS quanto no NHS, o financiamento advém do setor público por meio da coleta de impostos da população. Em ambos os casos, a população tem direito a acesso aos serviços de saúde sem custos adicionais. Esta forma de financiamento reflete os princípios de universalidade, integralidade e igualdade comuns aos dois sistemas.

Primeiramente, pode-se dizer que o financiamento em saúde do Brasil (8 % do PIB) não difere tanto quando comparado ao do Reino Unido que é um pouco superior (9,9% do PIB).

Em uma análise um pouco mais detalhada, Saldiva e Veras (2018) afirmam que os gastos com saúde em relação ao total de riquezas produzidas pelos países são distintos, como os problemas de saúde por vezes tão grave, que este financiamento se torna insuficiente. Os autores ainda apontam que o Brasil carece tanto de financiamento suficiente quanto na gestão adequada dos recursos obtidos.

### 3. Considerações finais

Este estudo constatou que apesar da PPP no Brasil ter seguido os moldes do modelo inglês, ainda assim possuem disparidades entre eles.

As semelhanças estão a priori na ideia inicial da parceria, no entanto ao detalhar características, pode-se observar muitas diferenças. Como semelhanças, ambos sistemas possuem legislação vigente, o período de concessão da PPP, em que optaram por longa duração e na avaliação econômica, que tanto o NHS, na forma do *Value for Money*, quanto no SUS, através de estudo técnico, realizam esta avaliação.

Como dissonâncias, pode-se observar que quanto a forma de PPP, o NHS possui a IFP e o SUS possui a concessão administrativa. Quanto a delimitação dos serviços, o modelo inglês restringe em apenas serviços de bata cinza (lavanderia, realização de exames, nutrição), enquanto o SUS, além dos serviços de bata cinza, ainda tem experiência na adição de serviços de bata branca (pessoal clínico). Quanto aos riscos, o NHS realiza a transferência ao parceiro privado com um aditivo financeiro, já no SUS há a repartição objetiva dos riscos entre os parceiros. No que diz respeito ao financiamento em saúde, o NHS fornece 9,9% do PIB, enquanto o SUS 8%.

Este artigo permitiu compreender a importância da reflexão e analogia entre os dois sistemas de saúde como parte integrante do Estado, apreender que a articulação público-privada é estrutural nos sistemas de saúde, e que absorve particularidades frente a realidade de cada país.

Por conseguinte, não se pretende elaborar conclusões, mas ressaltar a importância de aprofundar a reflexão sobre esse tema, principalmente na atual conjuntura política restritiva e ameaçadora.

Esperar-se-ia, diante da relevância da temática, encontrar dados que pudessem fornecer subsídios às reflexões teóricas acerca das particularidades de cada sistema de saúde, no que diz respeito a PPP. Cabe ressaltar aqui, que tais conclusões devem ser compreendidas mediante as limitações do presente estudo.

#### 4. Referências Bibliográficas

1. KIVLENIECE, Ilze; QUELIN, Bertrand V. Creating and capturing value in public-private ties: a private actor's perspective. *Academy of Management Review*, v. 37, n. 2, p. 272-299, 2012.
2. AKINTOYE, Akintola; BECKE, Matthias; HARDCASTLE, Cliff. *Public-private partnerships: Managing Risks and Opportunities*. School of the Built and Natural Environment Glasgow Caledonian University, 2003.
3. REICH, Michael R. *Public-private partnerships for public health*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.
4. MANICA, Fernando Borges. Os Três Modelos de Parcerias Público-Privadas no Setor de Saúde: um breve olhar para a experiência internacional. *Revista Eletrônica de Direito do Estado*. n. 266, 2016. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/colunistas/fernando-borges-manica/os-tres-modelos-de-parcerias-publico-privadas-no-setor-de-saude-um-breve-olhar-para-a-experiencia-internacional>> Acesso em 02 set. 2018.
5. PLISCOFF, Cristián; MONJE, Pablo. Método comparado: un aporte a la investigación em gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, p. 28-31, Oct. 2003.
6. WOLF, Paulo José Whitaker; OLIVEIRA, Giuliano Contento de. O “espírito de dunquerque” e o NHS inglês: teoria, história e evidências. *Revista tempo do mundo*, v. 3, n. 2, jul. 2017.
7. HOOD, John; MILLS, Andrew; STEIN, William. Devenlopments in UK public sector risk management: the implications for PPP/PFI projects. In: AKINTOYE, Akintola; BECKE, Matthias; HARDCASTLE, Cliff. *Public-private partnerships: Managing Risks and Opportunities*. School of the Built and Natural Environment Glasgow Caledonian University, 2003.
8. UNITED KINGDOM. *Public Private Partnerships in the National Health Service: Private Finance Initiative*. The National Archives. 2010. Disponível em:<[http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100826233859/http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/PFIguidance/DH\\_4015889](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100826233859/http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/PFIguidance/DH_4015889)> Acesso em 09 set 2018.
9. GAFFNEY, Declan; et al. The private finance initiative PFI in the NHS—is there an economic case? *BMJ*, jul 1999, v. 319, p. 116–119.
10. BROADBENT, Jane; GILL, Jas; LAUGHLIN, Richard. Evaluating the Private Finance Initiative in the National Health Service in the UK. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, v.16, n.3, 2003, p. 422-445.
11. SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, v. 32, n. 92, 2018.
12. CARRERA, Mariana B. M. *Parceria público-privada (PPP): análise do mérito de projetos do setor saúde no Brasil*. Tese (doutorado) — Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014.
13. CONASS. *Guia de apoio à gestão estadual do SUS: Parceria público-privada*. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/parceria-publico-privada/>> Acesso em 16 set 2018.

14. ALMEIDA, Célio. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. Cad. Saúde Pública, v. 33, sup.2, 2017, p. 1-16. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csp/2017.v33suppl2/e00197316/pt>> Acesso em 01 set 2018.
15. REDOSCHI, Dagoberto Antonio. Parceria Público-Privada: desafios e oportunidades. Cadernos, FGV Projetos. Ano 9, nº 23. Rio de Janeiro, 2014.
16. GUIMARAES, Fernando Vernalha. Repartição de riscos nas Parcerias Público-Privadas. Enciclopédia Jurídica da PUCSP. Tomo Direito Administrativo e Constitucional, abr. 2017. Disponível em: <<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/28/edicao-1/reparticao-de-riscos-nas-parcerias-publico-privadas>> Acesso em 21 out 2018.

---

Artigo Recebido: 08.12.2018

Aprovado para publicação: 01.05.2019

**Autor correspondente**

**Loriana Guaresi**

Universidade do Vale do Itajaí, Mestrado de Gestão de Políticas Públicas.

Av. Atlântica, 430, Centro

88330003- Balneário Camboriú, SC - Brasil

Telefone: (47) 999078795

Email: lori\_guaresi@hotmail.com

---