

A intervenção privada na prestação pública: da expansão do Estado às parcerias público-privadas

VASCO PINTO DOS REIS

Durante séculos o papel do Estado na vida económica e social das nações foi crescendo, atingindo um desenvolvimento assinalável a partir da segunda guerra mundial, em execução do novo paradigma que dela resultou.

Desenvolvimento que conheceu fortes críticas com paragem e posterior inversão de sentido durante a década de 80 em que se gerou alguma diluição da intervenção do Estado, criando-se um movimento de relativo cepticismo relativamente à bondade, à eficiência e aos custos daquela intervenção.

Foi nesse contexto e paralelamente com o aumento da vontade de intervir do sector privado que surgiram as chamadas três «vagas» de intervenção privada, sucessivamente dirigidas às actividades públicas (i) em sectores industriais, comerciais ou de serviços não estratégicos, (ii) no domínio das infra-estruturas e, finalmente, (iii) na área social, recorrendo com diferentes níveis de sucesso, a diversos processos, da privatização às parcerias público-privadas (PPP), passando pela empresarialização.

O movimento de reforma nascido de reservas quanto à eficiência do sector público não passou ao lado da saúde, particularmente do hospital público, em que assumiu objectivos e modos específicos, das «reformas de gestão» às «reformas de financiamento» e às «reformas organizacionais», para, na sequência do movimento anteriormente ocorrido noutros domínios, também recorrer às parcerias público-privadas.



Vasco Pinto dos Reis é professor associado da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.
Entregue em Novembro de 2004.

Depois de situar estas iniciativas no contexto do movimento que rodeou o aumento da intervenção privada na produção e na prestação pública, o artigo procura identificar os requisitos de compatibilidade das parcerias público-privadas com sistemas de saúde organizados e que perseguem a universalidade da cobertura, a acessibilidade e compreensibilidade dos cuidados e a equidade do acesso, com especial atenção ao facto de (designadamente em Portugal) a partilha de riscos e tarefas poder atribuir ao sector privado a gestão das dimensões clínicas da prestação.

1. A intervenção do Estado e a sua expansão

Desde os tempos mais recuados que os indivíduos se vêm agrupando em níveis sucessivamente mais vastos, partindo da família para, avançando por caminhos diferentes e percorridos muito lentamente, chegarem àquilo a que hoje se chama «o Estado».

E a própria configuração do Estado tem conhecido, quer no espaço, quer no tempo, variações assinaláveis que, no entanto, têm respeitado um padrão: seja qual for o modelo adoptado, há sempre um compromisso entre os indivíduos e o grupo que passa por uma cedência de poder dos indivíduos ao grupo (com maior ou menor extensão, mas sempre uma cedência) e que envolve a atribuição de capacidade de coerção ao grupo e a assumpção de posições de complacência por parte dos indivíduos.

Grupo (Estado) que é normalmente protagonizado por um conjunto de instituições dotadas de poderes

que exercem sobre uma população (que aceita esses poderes) e sobre um dado território.

Poderes que podem ser perspectivados, pelo menos, de dois modos:

- Em termos da preparação e aplicação de regras impostas por uma entidade;
- Em termos do papel que esta irá desempenhar (o modo como as regras são impostas).

Estas (e até outras) diferentes acepções recebem, com alguma equívocidade, a mesma designação: «governo».

A análise e discussão da forma como os governos (entidades) se legitimam e estruturam o seu poder não são o objecto deste ensaio, voltado para o seu papel ou o modo como o poder é exercido.

E, nesta perspectiva, há que reconhecer que, ainda que assumindo diferentes extensões, o *papel* do Estado, em termos de propriedade de meios de produção/prestação de bens e serviços, no disponibilizar de bens colectivos¹ ou no fornecimento de bens ditos «públicos» ou considerados essenciais, tem longos antecedentes que quase sempre têm sido acompanhados de discussão sobre a razoabilidade do primeiro modo de intervenção (Helm, 1989), sobre o tipo de bens a considerar como «públicos» ou como «essenciais» e sobre quais os beneficiários desse fornecimento ou, pelo menos, de qual a sua extensão (Tilly, 1990), discutindo-se também recorrentemente:

- Os direitos e obrigações do Estado (Beckerman, 1989; Allsopp, 1989) e das instituições que o protagonizam;
- Os direitos dos cidadãos individualmente considerados;
- A intervenção das organizações que estes entretanto foram criando para desenvolverem a sua actividade e promoverem os seus interesses (The World Bank, 1991).

Foi à medida que a intervenção do Estado foi evoluindo (aumentando...) que as opiniões sobre o seu papel na promoção do desenvolvimento foram sendo menos estáveis e pacíficas.

Se com os mercantilistas do século xvii ainda se lhe reconhecia um importante papel na organização e orientação do comércio, um século depois, com Adam Smith, já se defendia que, afinal, era o mercado o melhor instrumento de regulação da economia e de estímulo do desenvolvimento (Abecassis *et al.*, 1996, 28).

No entanto, o Estado continuou a desempenhar um papel crescentemente importante, sobretudo graças ao aumento da sua acção como redistribuidor de recursos/rendimentos (posição que só atingiu uma dimensão verdadeiramente significativa e estabilizada com o reforço da sua actividade fiscal) mas, sobretudo, com a criação no final do século xix dos primeiros regimes de seguro social e com a instituição da sua obrigatoriedade (Abecassis *et al.*, 1996, 133).

Foi durante a primeira parte do século xx que o papel do Estado conheceu nova expansão.

Colocado no centro da actividade económica na Rússia por força da revolução que aboliu a propriedade privada, revalorizado pela depressão dos anos 30, que forçou o alargamento de uma intervenção então sem alternativas, ganhou uma dimensão apreciável com os realinhamentos ocorridos no final da segunda guerra mundial, quer no plano político, quer no plano económico, quer sobretudo na área social, em termos de protecção social e do papel mais activo que esta lhe exigia (Helm, 1989).

Assim, o Estado acabou por alargar a actividade que já desenvolvia e assumir novas missões num mundo que, quase consensualmente, buscava novos paradigmas, procurando (pelo menos até ao primeiro choque petrolífero) encontrar uma posição de equilíbrio com base em três pilares:

- Segurança (por exemplo, com a atribuição de prestações sociais, como garantia de eventuais perdas de rendimento num quadro social marcado pela hipersensibilidade ao risco que a guerra provocara);
- Economia de tipo misto (propriedade privada e pública), o que em muitos casos passou pela nacionalização de unidades e de sectores mais ou menos estratégicos;
- Coordenação da política macroeconómica com objectivos bem definidos (pleno emprego, estabilidade de preços e equilíbrio nas trocas internacionais) e em que o mercado assumia um papel subordinado.

E na segunda metade do século xx já se registava uma intervenção muito mais alargada do Estado que ia desde a produção/prestação de bens e serviços mais ou menos essenciais até ao assegurar de uma grande diversidade de infra-estruturas, mas sobretudo assumindo um peso crescente na área social (da segurança social à educação, passando pela saúde). Naquele contexto, e na área social, o Estado procurou conceder protecção contra os múltiplos riscos que corriam os respectivos cidadãos e pô-los ao abrigo de necessidades, desenvolvendo funções (*i*) de

¹ Bens da propriedade privada do Estado (Abecassis *et al.*, 1996, 32)

seguro clássico, (ii) de poupança (através da distribuição de recursos no tempo) e (iii) de redistribuição (distribuição interpessoal).

Para tal, desenvolveu uma intervenção que se desdobra em três planos:

- O do financiamento de prestações, que procura sejam de acesso universal, compreensivas e mais ou menos gratuitas;
- O fornecimento dessas ou de algumas dessas prestações;
- A regulação dos sistemas de protecção social criados, que será tanto mais importante quanto menor for a intervenção do Estado como prestador².

O que significa que, pelo menos neste domínio, o Estado pode (ou tem de) intervir como financiador, como prestador e como regulador.

Como financiador, pois, embora durante séculos a protecção social não existisse e a cobertura de riscos fosse considerada uma responsabilidade dos próprios (em Portugal e na área da saúde, por exemplo, essa situação manteve-se até ao último quartel do século passado³), mais recentemente o Estado foi assumindo a transferência dessa responsabilidade, embora quase sempre se tenha procurado atenuar a responsabilidade dos próprios através de formas de apoio variáveis no tempo.

Inicialmente ter-se-á começado pela «entreejuda» — situação de troca de apoios ou de prestações com carácter de reciprocidade típica das comunidades agrícolas e ainda existente em sectores em que predomina a actividade física — ou outros modelos que, num quadro de associação/cooperação em colectividades, envolviam uma responsabilização de todos pelos que, mais ou menos pontualmente, não tinham recursos ou capacidades. Isto num quadro de reciprocidade desfasada no tempo e aleatória.

Depois, ter-se-ão desenvolvido formas de «solidariedade» mais organizada, isto é, apoios de índole local e com base geográfica (vizinhança), profissional (identidade de actividade) ou espiritual (vontade de fazer o bem animada por motivações religiosas).

Mais tarde foram surgindo estruturas de «assistência»⁴, primeiro no sector privado, com relevo para as

entidades religiosas, e mais tarde assumindo a forma de uma assistência pública dirigida pelo Estado aos «indigentes» ou aos que não podiam suportar a totalidade dos encargos com os cuidados que lhes eram facultados⁵.

E só mais recentemente surgiram formas de «seguro» que correspondiam a estruturas de cobertura de riscos e que introduziram neste universo o conceito de contrato, com diferentes naturezas, é certo, mas tendo sempre como subjacente a noção de «direito».

Primeiro, numa base contratual voluntária. Em França, apenas entre 1837 e 1843, foram criadas vinte e cinco mútuas e companhias de seguros «capitalistas»⁶ (France, 1996, 2) que, com uma base pessoal mais vasta, criavam um pequeno mercado dominado por evidente assimetria de informação (cada um dos contraentes sabe mais do que o outro sobre aspectos essenciais do contrato) e em que, também por isso, já se identificava a possibilidade de se seleccionarem pacientes, designadamente através das tarifas.

Depois, numa base obrigatória e, portanto, já com intervenção, ainda que inicialmente não financeira, do Estado, fundada em princípios de solidariedade de origem profissional. Na Alemanha um esquema de protecção social, obrigatório abaixo de determinado nível de rendimentos e financiado por quotizações de trabalhadores e entidades patronais (incluindo uma dimensão de doença), é instituído em 1883 por iniciativa de Bismarck.

Ainda mais tarde, numa base universal que substitui o suporte laboral pelo privilégio à cidadania, fundada em princípios de solidariedade nacional, Lord Beveridge, em 1942⁷, propõe um plano de protecção social que integre todas as medidas dispersas existentes com a mesma natureza e intenção, articulando-as de modo a potenciar a sua eficácia social e a racionalizar o seu financiamento — universal, gratuito e financiado pelos impostos, ou seja, pelo contribuinte, e em que a intervenção do Estado assumia uma configuração próxima das de um segurador, incluindo o financiamento com distribuição de recursos no tempo e com distribuição interpessoal (Kerschen, 1995).

Modelo que permitia lançar as bases da equidade no acesso e, por um lado, vencer a inércia na adesão por parte dos indivíduos e, por outro lado, evitar a recusa

² A redução da intervenção do Estado não pode significar o regresso ao *laissez faire, laissez passer*, típico do capitalismo liberal. A desintervenção não pode significar desregulação ou devolução da regulação para os «mecanismos de mercado» (Marques e Moreira, 2003, 13).

³ V. Decreto-Lei n.º 46 301, de 28 de Abril de 1965.

⁴ Formas voluntárias de redistribuição de rendimentos efectuada não horizontalmente (entre iguais) mas verticalmente (dos que tinham para os que não tinham).

⁵ Ainda na década de 70 do século passado, o conceito de assistência era estruturante em Portugal na área social. Oficialmente, e até 1974, na área da saúde, os «assistidos» eram qualificados como pensionistas (os que podiam pagar), «porcionistas» (os que só pagavam uma parte) e «gratuitos» (indigentes até meados da década de 60). Só em 1973 o Ministério da Saúde e Assistência passou a designar-se simplesmente Ministério da Saúde (Ferreira, 1990, 376).

⁶ Por contraposição às que tinham uma base associativa.

⁷ Social Insurance and Allied Services Report (Beveridge Report), 1942.

de beneficiários, para além da não modulação das tarifas em função do risco.

Mas, e como se referiu, o Estado também se colocou numa posição de relevo como prestador na área da protecção social, intervindo nela directamente e em alguns casos fortemente.

Um dos três eixos de desenvolvimento que sustentavam o modelo de desenvolvimento do pós-guerra era a segurança, que passava pela atribuição de prestações sociais que pudessem compensar eventuais perdas de rendimento ocorridas.

O Estado assumiu assim novas funções não só em termos de meios de produção e de infra-estruturas, mas também nas áreas da segurança social, da educação e da saúde, com peso muito significativo das «transferências» e das «subvenções».

Segundo o Banco Mundial (The World Bank, 1997), o peso do Estado nas economias industriais entre 1960 e 1995 duplicou.

Mas o Estado também fez crescer a importância de uma intervenção reguladora que, em qualquer circunstância, sempre teria de assumir⁸.

Já se referiu que a actividade de regulação é importante e tanto mais necessária quanto menor for a intervenção do Estado numa dada área. O que se filia em razões sólidas.

Acompanhando os autores citados (Marques e Moreira, 2003, 13), podem identificar-se cinco:

- A regulação é em si mesma uma garantia de funcionamento dos mecanismos de mercado e de competição;
- Há situações em que os mercados não podem funcionar (há falhas ou o mercado tem limites);
- O funcionamento da economia em ambiente de competição e de procura de lucro pode gerar «externalidades negativas» (danos ambientais, prejuízos para a saúde pública, riscos para a segurança, etc.);
- Há necessidade de proteger os consumidores quando existe assimetria de informação;
- Há que garantir as obrigações de serviço público, designadamente em situações de abandono de monopólios de prestação pública e em que não deva cessar a responsabilidade do Estado pela satisfação de necessidades.

⁸ Questão que não será aqui analisada tem a ver com o exercício do poder regulador, que pode não ser exercido directamente pelo Estado, mas outorgado a agências autónomas, qualificadas como independentes do Governo. Trata-se de uma tema intimamente relacionado com este e que se considera da maior importância na área social, sobretudo no sector da saúde e em particular no actual momento em Portugal.

Trata-se, pois, de um tipo de intervenção que, sobretudo no contexto do tema que se está a tratar («A intervenção privada na prestação pública»), tem extrema relevância.

2. A redução do papel do Estado

Nos últimos anos, o debate sobre o papel do Estado na sociedade contemporânea tem sido intenso, passando quase sempre pela comparação entre as responsabilidades votadas aos indivíduos e as assumidas pela colectividade em nome dos fundamentos de uma solidariedade que vai buscar ao Estado aglutinador de comportamentos os seus fundamentos mais genuínos.

E a actividade do Estado enquanto instrumento dessa aglutinação é (por vezes) severamente julgada, designadamente com base em comparações do tipo «recursos despendidos/resultados obtidos».

De qualquer modo, os actuais limites da discussão passam por menos ou mais Estado, mas não passam pela ausência de intervenção do Estado nem pela exclusão dos mecanismos de mercado.

Reconhece-se, num sistema que contemple a garantia da propriedade privada, que a intervenção do Estado não tem por objecto a perturbação do sistema e que o Estado será com o mercado um dos dois possíveis reguladores do sistema:

- Pode ter uma acção mais intensa, substituindo-se (mais ou menos parcialmente) ao mercado como elemento motriz;
- Pode ter uma simples acção supletiva, intervindo apenas nas áreas em que o mercado não intervém.

As divergências são, pois, mais em termos de intensidade da intervenção do que em termos da intervenção em si mesma e em nenhuma circunstância se devem ignorar os fundamentos dessa intervenção. Nas últimas décadas (pelo menos desde o início da década de 80), na generalidade dos países ocidentais, o sector público tem sido submetido a intensas e crescentes pressões para (i) deixar de desenvolver algumas das actividades que vinha assumindo ou, no mínimo, para (ii) introduzir na sua actividade novos modelos de gestão alegadamente inspirados na cultura das empresas privadas e da sua gestão.

Aponta-se Drucker como um dos primeiros analistas do fracasso da «burocracia governamental» (Osborne e Gaebler, 1993)⁹, mas outros também se colocaram na mesma perspectiva, que também atingiu a área social (Savas, 1982; Roth, 1987; Glazer, 1988;

⁹ Drucker, P. — The age of discontinuity. 1968.

Griffin, 1989; The World Bank, 1991; OECD, 1992; The World Bank, 1994; The World Bank, 1997)¹⁰. Já em 1986 Drucker voltava a referir: «[...] Entre 1875 e 1930 a inovação social tomou a forma de criação de novas instituições de serviço público [...] Os próximos vinte e cinco ou trinta anos serão diferentes. A necessidade de inovação social será talvez maior, mas haverá inovação social fora das instituições de serviço público existentes. Construir formas de gestão empresarial nas instituições de serviço público deverá ser por isso a primeira e mais importante tarefa para essa geração» (Drucker, 1986).

Mas, do ponto de vista político-institucional, identifica-se facilmente na primeira linha desse movimento o Reino Unido, que, através do seu Partido Conservador, chegou ao poder no final da década de 70, promete reduzir o governo e torná-lo mais eficiente. As convencionais medidas de redução de efectivos na função pública terão sido desenvolvidas com êxito, mas o relativo sucesso inicial não se terá mantido por ausência de continuidade na prossecução de outras medidas intentadas (Shaw, 1999; Helm, 1989). E só em 1988, a partir da adopção de uma série de recomendações emitidas pela «Efficiency Unity» criada em 1979, é que foi possível dar sequência às intenções anunciadas (Shaw, 1999).

Recomendações que reconheciam a escassez de bons gestores, um excessivo esforço para redução e controlo das despesas públicas (mas não para as tornar mais efectivas) e a reduzida pressão externa sobre o governo e os institutos públicos no sentido de melhorar os seus níveis de *performance*.

E que deram uma enorme ênfase à necessidade de o Estado separar os diferentes papéis que, de modo mais ou menos indefinido, acumulava.

E, sobretudo, distinguindo as funções políticas e reguladoras das funções executivas e das actividades de produção de suporte a nível de infra-estruturas e de prestação, em que tinham especial relevo a saúde, a educação e outras áreas sociais, com o objectivo de concentrar a sua atenção nas primeiras e na sua coordenação («determinando as coisas certas a fazer») e desconcentrando as restantes funções em entidades e gestores a que atribuiria a responsabilidade de «fazer bem as coisas certas» (Shaw, 1999).

Nos Estados Unidos, a situação não era muito diferente. Sensivelmente na mesma altura, um dos números da *Time Magazine* perguntava na sua capa «está o governo morto?».

As escolas eram consideradas das piores do mundo desenvolvido, o sistema de saúde estava fora de con-

trolo, as cadeias cheias e a maior parte das cidades numa situação de quase bancarrota.

No final dos anos 80, apenas 5% dos americanos inquiridos admitiam que escolheriam o serviço público para desenvolverem as suas carreiras profissionais (Osborne e Gaebler, 1993).

Nessa perspectiva, Savas referia que «a palavra governo vem de uma palavra grega que significa conduzir/dirigir. O papel dos governos é, pois, dirigir o barco, e não remá-lo. Prestar serviços é remar e os governos não são muito bons a remar» (Savas, 1982).

E foram os governos estaduais a assumirem a primeira linha de confronto com a situação.

Em 1979, na Califórnia, as taxas locais sobre a propriedade de bens imóveis foram reduzidas a metade, o que, depois, Ronald Reagan generalizou a nível nacional na década de 80.

«Em 1982 os governos estaduais tinham perdido um de cada quatro dólares que tinham recebido na década de 70» (Osborne e Gaebler, 1993).

Sob uma intensa pressão fiscal determinada por imperativos políticos, os governos não tinham grandes alternativas¹¹.

E, assim, a gestão empresarial, a procura de formas mais competitivas de exercer o poder executivo e de novos modos de organizar a prestação de serviços, entraram no discurso político (mais no discurso do que na acção).

Mas nem mesmo nas esferas mais íntimas deste movimento de mudança do papel do Estado se pensava que a governação deveria ser conduzida como a gestão de uma empresa privada.

Osborne e Gaebler, com base no reconhecimento de que governo e empresas são instituições com natureza diferente, aceitando embora a existência de semelhanças, identificam uma série de especificidades (Osborne e Gaebler, 1993, 20):

- Os gestores seriam orientados pela preocupação de lucro, os governantes pelo desejo de serem reeleitos;
- As empresas eram financiadas pelos seus clientes, o Estado pelos contribuintes;
- As empresas vivem num mundo competitivo, o Estado recorre com frequência ao monopólio;
- Os governos são democráticos e abertos, movendo-se também por isso mais devagar do que as empresas, em que as decisões são tomadas pelos gestores em sigilo;
- O Estado tem de servir todos igualmente (independentemente da sua capacidade para pagar), as

¹⁰ Em sentido contrário também surgem outros autores, embora com uma posição menos expressiva (Lynn, 1996; Nélisse *et al.*, 1999; Denhardt e Denhardt, 2003).

¹¹ Há quem admita que a redução fiscal foi adoptada para obrigar à redução da intervenção do Estado (Helm, 1989).

empresas têm de equacionar aquela capacidade e são avaliadas pelos resultados que obtêm.

Estas e outras diferenças levaram à defesa de uma terceira via que se situaria entre o comportamento burocrático apontado como típico do sector público e o comportamento empresarial, mas em qualquer circunstância bem mais empresarial do que o actual¹². Via que compreenderia a revalorização da dimensão reguladora da actividade do Estado que, em nome de uma neutralidade que garantiria melhores condições de competição, não seria directamente exercida pelo governo.

Não se tratou de um movimento totalmente homogéneo, mas são nele identificáveis objectivos comuns, designadamente a intenção de despir os institutos públicos dos seus objectivos particulares ou, pelo menos, de os desvalorizar, não sendo, pois, de estranhar que, frequentemente, tivesse sido equacionada a mudança do papel do Estado, que seria centrada no aumento da sua eficácia, o que terá passado (e continuaria a passar) pela redefinição das suas atribuições, num primeiro momento aligeirando a sua carga e mais recentemente associando os cidadãos e a colectividade em geral ao fornecimento dos bens públicos essenciais.

Num dos seus documentos de referência, o Banco Mundial não só reconhecia esta necessidade, como até formulava recomendações no sentido de «melhorar o funcionamento» do Estado (The World Bank, 1997)¹³. Melhorar que, paradoxalmente, em nome da proclamação de que o progresso social passaria pelo reforço da capacidade de acção do Estado, envolveria uma estratégia desenvolvida em duas vertentes que «tornariam o Estado um parceiro mais credível»:

- Uma dirigida à adaptação do papel do Estado à sua capacidade de acção;

¹² É a partir deste tipo de constatações que Osborne e Gaebler, Osborne e Plastrik, Osborne e Hutchinson e outros definem uma nova forma de abordagem da gestão do sector público que veio a ficar conhecida como *new public sector management* (NPSM) e que assenta em três suportes (Osborne e Gaebler, 1993; Osborne e Plastrik, 1998; Osborne e Hutchinson, 2004; Barzelay, 2001):

- Clarificação da responsabilidade — de que é que os gestores e as suas organizações são responsáveis?
- *Performance* — como é que os gestores de nível institucional ou intermédio podem ser mobilizados para melhorarem a prestação ou a produção dos resultados acordados?
- *Accountability* — que organizações devem ser consideradas capazes para prestar ou produzir com qualidade?

¹³ E no Banco Mundial não se tratava de um discurso «novo». De facto, já em 1994 (World Bank, 1994), um outro documento de referência (*Infra-Estrutura para o Desenvolvimento*), dedicava, entre outros, dois capítulos à «aplicação de princípios da gestão comercial às empresas públicas» e à submissão «das prestações infra-estruturais às leis do mercado».

- Outra dirigida ao reforço desta capacidade através de uma revivificação institucional.

A primeira compreenderia a criação de alicerces mais sólidos (da estabilidade macroeconómica ao apelo aos mecanismos de mercado, passando pela flexibilização da regulamentação e pela criação de mecanismos de auto-regulação), pela definição dos limites da sua intervenção (através de normas que a limitam e de estímulos para a constituição de parcerias) e pela posterior desconcentração de intervenções (da segurança social à iniciativa das privatizações e à gestão do processo).

A segunda passaria por uma institucionalização de contrapoderes a partir da sua criteriosa separação e distribuição, pelo estímulo à competição (mesmo em áreas em que o Estado continuasse a intervir), pela revalorização da participação do cidadão e pela definição de medidas de reforma que favorecessem o desenvolvimento das vertentes apontadas (The World Bank, 1997).

Um pouco por toda a parte, os governos sofreram crescentes e irresistíveis pressões para a mudança (Allan, 1999) e, independentemente da discussão sobre as intenções, a extensão e a bondade deste processo de «reabilitação da capacidade do Estado», há que admitir que este movimento de reforma está próximo de significar uma importante diluição do papel do Estado, criando um movimento de cepticismo em relação à eficiência do sector público que contribuiu para persuadir o cidadão de que os governos seriam pesados, irresponsáveis e muito caros.

O que terá multiplicado os desafios para uma reinvenção da gestão pública, mas sobretudo para um progressivo abandono da área da produção e prestação de bens e serviços (Osborne e Gaebler, 1993).

3. As «três ‘vagas’» da intervenção privada

O reconhecimento da menor operacionalidade do sector público desenvolveu-se paralelamente a um crescente aumento da vontade de intervir do sector privado.

E desta convergência resultam mudanças em diversas áreas de intervenção do Estado, generalizadamente prosseguidas em nome da intenção de superar as alegadas ineficiências da prestação pública (Seliger, 2001).

Mudanças que têm atravessado a economia de numerosos países e que, pelo seu desenvolvimento faseado, têm sido referidas como «vagas» — as três vagas da reforma do sector público (Harding e Prekker, 2000).

A primeira delas incidiu em actividades de tipo comercial ou industrial, não estratégicas e situadas em mercados com competição, isto é, em actividades em que, provavelmente, o Estado não deveria desempenhar nenhum papel por não serem «centrais» do ponto de vista da sua missão.

Neste tipo de actividades e para as organizações que as desenvolviam, a intervenção do sector privado foi feita através de processos de «privatização»¹⁴.

Este abandono por parte do Estado de actividades comerciais ou industriais (da banca comercial de «retalho» aos cimentos) a que, muitas vezes por razões puramente circunstanciais, se tinha dedicado permitiu-lhe concentrar a sua atenção numa acção governativa mais efectiva, o que, também por isso, deu volume e visibilidade a ganhos com a mudança, confirmando a existência de benefícios em ter o Estado fora de actividades não relacionadas com a sua missão.

O sucesso da iniciativa incentivou a extensão deste tipo de reformas a um outro tipo de serviços públicos, os de natureza infra-estrutural, em que o Estado ainda teria um papel a desempenhar, mas em que uma corrente de opinião reconhecia que esse papel poderia (ou mesmo deveria) ser diferente (energia, água, comunicações, estradas e transportes).

A década de 90 fez-nos assistir a um vasto movimento desenvolvido por muitos governos para envolverem o sector privado na prestação e no financiamento de infra-estruturas.

Reconhecendo embora o papel vital do abastecimento de água e de energia, dos transportes e das telecomunicações no crescimento económico e no bem-estar social, os investimentos a fazer eram muito vultosos e, num contexto de generalizada crítica aos monopólios estatais acusados de ineficiência e de falta de qualidade nas suas prestações, a entrega ao

sector privado constituía um desafio estimulante sobretudo nos países com níveis de rendimento elevados ou médios.

As mudanças tecnológicas tinham permitido a diversificação da produção e dos modos da sua distribuição, promovendo a eficiência dos sectores e a possibilidade de abandono dos modelos convencionais.

E em muitos países em desenvolvimento ou desenvolvidos recorreu-se em alternativa, simultânea ou sucessivamente, a dois modelos de expansão da intervenção privada nestas áreas:

- A sua entrega ao sector privado;
- Mais contidamente, procurando enquadrar as organizações do sector em cenários de actuação mais competitivos, a concessão de mais autonomia com imposição de maior responsabilização¹⁵, através da transformação de entidades do sector público administrativo em entidades do sector empresarial do Estado, isto é, empresariando-as¹⁶.

De facto, por razões variadas, mas em que terão avultado as questões de serviço público e as dificuldades que elas suscitam nestas áreas, passou a recorrer-se, para promover a eficiência, a qualidade e a responsabilização, a processos de empresariação, isto é, à adopção de estruturas organizacionais e de procedimentos de gestão próprios do sector privado, mas que procuravam garantir a missão e os respectivos objectivos sociais através da manutenção da propriedade pública.

Processos que conheceram um desenvolvimento variável, consoante as circunstâncias e sobretudo com o tipo de infra-estruturas públicas envolvidas.

A entrega ao sector privado de infra-estruturas públicas nem sempre correu da melhor maneira.

Quer em países em desenvolvimento, quer em países desenvolvidos, houve descontentamento com a prestação privada em infra-estruturas públicas (particularmente na electricidade e na água) e, noutros casos, as empresas do sector privatizadas atravessaram enormes dificuldades financeiras — Railtrack e British Energy no Reino Unido ou empresas de telecomunicações na Califórnia e nos Estados Unidos em geral (Harris, 2003).

¹⁵ *Accountability*.

¹⁶ O modelo utilizado não foi único e nem sequer foi constante. Em Portugal, numa fase inicial, foi utilizado um modelo de empresa pública criado em 1976 para receber as empresas resultantes das nacionalizações de 1975 e que foi sofrendo sucessivas adaptações. Só no final de 1999 (Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro) foi reorganizado o enquadramento do sector empresarial do Estado com tipificação de vários modelos, prosseguindo a via iniciada em 1998 com a Lei n.º 58/98, de 18 de Agosto, que regula as condições em que os municípios, as suas associações e as regiões administrativas podem criar empresas dotadas de capitais próprios.

¹⁴ Num sentido restrito, «privatização» significa a transferência do sector público para o privado da propriedade e do controlo de activos e/ou serviços produtivos (incluindo a definição do seu preço e a sua distribuição), bem como dos fluxos financeiros gerados por essa transferência.

Mas, com frequência, privatização é utilizada com sentidos mais latos, em alguns casos até demasiado afastados do seu sentido mais preciso.

E assim, por vezes, por privatização referem-se várias formas de expansão da actividade privada no sector público, do financiamento privado à gestão privada, incluindo modelos mistos de intervenção com diferentes envolvimento sectoriais ou parciais do sector privado.

Também por vezes se utiliza a expressão, agora sem correcção, num sentido de movimento (Savas, 2000) — transição de alguma coisa do sector público para o privado —, recorrendo a ela para qualificar situações que já pouco têm a ver com a raiz do seu significado (por exemplo, o recurso ao estatuto jurídico de direito privado ou a procedimentos de gestão privada).

E, a partir de 1997, os fluxos de investimento privado em infra-estruturas públicas começaram a declinar (em 2001, na Ásia oriental representaram apenas 44% do volume atingido no início da década de 90), registando-se frequentes renegociações de contratos e mesmo um pequeno número de renacionalizações — 48 durante a década de 90 (Harris, 2003).

Entretanto, outras experiências que não envolviam nem a transferência de propriedade nem a empresarialização começavam a ser adoptadas para a expansão da actividade privada nestas áreas.

E é neste contexto que ganham notoriedade complexos processos de colaboração entre o sector público e o sector privado em que se associam — numa fase inicial sobretudo em domínios infra-estruturais — uma pluralidade de parceiros, procurando alternativas mais eficientes e a melhor partilha de riscos, no que foi crescentemente conhecido como «parcerias público-privadas» (PPP) (The World Bank, 1994, 80; Savas, 2000).

A terceira e mais recente «vaga» de intervenção privada no sector público continuou a procurar aplicar medidas análogas, agora noutras áreas (na área social — educação, segurança social e saúde).

Ao sucesso anunciado para as duas primeiras «vagas» acrescentavam-se agora constrangimentos financeiros geradores de dificuldades de investimento.

E, perante a natureza bastante diferente da área social face às que tinham sido objecto das «vagas» de reforma anteriores, com especificidades marcantes, extensas externalidades e exigência de muito completos e complexos processos de regulação¹⁷, outra foi a utilização dos modelos de intervenção conhecidos. A privatização (no sentido mais restrito do conceito) nunca foi um instrumento de primeira escolha, optando-se, via de regra, por processos de empresarialização e por outros que procuravam conciliar a intervenção da iniciativa privada com as especificidades da área social, como, aliás, já tinha ocorrido durante a segunda «vaga».

E, entre estes, ganharam crescente importância na área social, como antes ganharam em termos de infra-estruturas e no quadro dos constrangimentos financeiros emergentes, as referidas «parcerias público-privadas» (PPP), ou seja, aqueles processos de intervenção em que os sectores público e privado

procuram pôr em conjunto num dado projecto as suas aptidões complementares (Osborne e Gaebler, 1993, 31, 342; Savas, 2000, 105, 238¹⁸; Linder e Rosenau, 2000, 6).

Das PPP, que em boa parte e na área social são total ou principalmente financiadas pelo Estado em termos de exploração, deverão resultar benefícios, designadamente:

- Melhor *value for money*¹⁹;
- Promoção da inovação de modo a superar constrangimentos neste domínio identificáveis na actividade do Estado;
- Flexibilidade na execução e pontualidade na obtenção de resultados (New South Wales Government, 2000).

São também frequentemente referidos como importantes contributos para o seu desenvolvimento (Allan, 1999):

- O alívio das finanças públicas (no domínio do investimento público), constituindo uma alternativa ou pelo menos um suplemento com assinalável impacto e libertando recursos para outras aplicações;
- A partilha e uma boa distribuição de riscos entre os parceiros envolvidos, de modo que cada um fique com aqueles que melhor sabe gerir;
- Os correspondentes incentivos a uma maior eficiência técnica e, potencialmente, para acréscimos de efectividade da parceria;
- Obtenção de economias de escala com utilização mais intensa do investimento feito;
- Melhor capacidade de resposta no quadro de uma cultura que explora mais intensivamente as potencialidades criativas dos procedimentos próprios da gestão privada.

As parcerias público-privadas conheceram, por tudo isto, e no contexto da revalorização da intervenção

¹⁷ Mesmo Osborne e Gaebler reconhecem a maior efectividade do sector público e a maior inefectividade do sector privado numa série de actividades que assumem enorme relevância na área social — administração a nível político, regulação, promoção/reforço da equidade, prevenção de discriminações, prevenção da exploração, promoção da coesão social, etc. (Osborne e Gaebler, 1993, 348).

¹⁸ Savas (Savas, 2000, 107) refere que a expressão «parceria público-privada» é utilizada numa tripla perspectiva. É utilizada genérica e impropriamente para referir qualquer situação em os sectores público e privado participem conjuntamente para produzir ou prestar bens ou serviços. É utilizada já com maior apropriação quando há projectos de infra-estruturas em que intervêm consórcios que envolvem privados e o sector público. É utilizada, e agora de modo tecnicamente mais correcto, quando há uma colaboração formalizada entre entidades do sector público e privado para a prossecução de actividades que tradicionalmente se situavam na área de intervenção do sector público.

¹⁹ Conceito complexo que habitualmente é limitado ao mais baixo custo alternativo para o contribuinte, mas que deve abranger a consonância com as políticas públicas, passando também, para além de previsíveis ganhos financeiros, por ganhos em efectividade e eficiência em relação aos *standards* existentes (IPPR, 2001).

privada nos últimos anos, uma enorme expansão, designadamente em domínios de natureza infra-estrutural e na área social.

4. As reformas da saúde

A área da saúde conheceu quase sempre um processo de evolução unidireccional que foi acumulando durante muitos anos, em sobreposições de tipo sedimentar, diferentes camadas de decisões políticas que deram privilégio à intervenção pública (Ferreira, 1990; Maillard, 1986; Lachéze-Pasquet e Stingre, 1994).

O que, durante longos anos, assumiu características de naturalidade, designadamente no quadro de defesa da «liberdade positiva», entendida como a capacidade funcional do cidadão e em que a disponibilidade de cuidados de saúde é reconhecida como sua condicionante (Berlin, 2002; Dasgupta, 1989, 114).

Mas no sector da saúde a intervenção do Estado filiou-se também em razões específicas.

Por um lado, e muito provavelmente, se não houvesse intervenção do Estado no domínio da prestação em saúde, nem sempre estaria disponível toda a gama de cuidados apropriados à manutenção ou à recuperação da saúde dos cidadãos, já que este sector, considerado uma cobertura de todas as necessidades, sempre foi considerado um investimento de elevado risco.

E, muito embora o conceito de continuação de cuidados só recentemente tenha sido introduzido nos paradigmas de prestação actuais, já nas últimas décadas se procuravam integrar prestações e articular prestadores, o que, neste contexto, só reforçava o predomínio de intervenção do Estado.

Acresce que poderia também não estar acessível toda uma gama de prestações essenciais à promoção da saúde e à prevenção da doença e em que se espera ou exige do lado da oferta uma atitude pró-activa.

Por outro lado, e havendo situações de saúde que têm evidentes externalidades, a utilização ou não utilização, mesmo no plano individual, de determinados cuidados de saúde, afecta ou pode afectar outros membros da sociedade, o que só o Estado tem poder (e deve ter recursos) para suprir.

Isto num quadro de acentuadas especificidades do mercado da saúde, da «procura derivada» e dos monopólios geográficos à assimetria da informação, com elevada inércia do lado da procura na obtenção de garantias de cobertura e em que a produção é extremamente heterogénea, o que torna difícil a sua avaliação no plano qualitativo e a definição de *standards*.

E onde é indispensável valorizar a etiologia crescentemente reconhecida como comportamental que novas formas de morbilidade assumem, forçando à necessidade de incentivar, desincentivar ou mesmo proibir comportamentos ajustados ou inadequados e perigosos, o que, condicionando a prestação, também só o Estado tem possibilidade de fazer.

Finalmente, as crescentes preocupações com a universalidade, a acessibilidade e a promoção da equidade (designadamente em termos financeiros) foram impondo esquemas sucessivamente mais exigentes em termos de cobertura e estruturas e processos de regulação mais apertados, transformando o sector num dos que têm mais exigência de consenso político para uma correcta e atenta definição de estratégias de intervenção.

Mas também aqui a natureza e a extensão do papel do Estado foram postas em causa.

E no caso da saúde foi dada particular ênfase a questões associadas à eficiência da actividade desenvolvida e menos aos resultados dessa actividade.

De facto, o aumento da intervenção do Estado nesta área (em que muitas vezes apenas procurou dar resposta a «falhas do mercado») fora caracterizado por uma estratégia de desenvolvimento centrada no aumento de recursos e sua melhor distribuição que originou expressivos ganhos em saúde.

E, por força dessa intervenção, houve substanciais melhorias na acessibilidade e na equidade do acesso aos cuidados de saúde, com aumento da oferta de cuidados sobretudo a nível de hospitais, houve um maior e melhor controlo de doenças, designadamente das doenças transmissíveis, e forte promoção das actividades de saúde pública.

A resposta dos indicadores de saúde ao maior envolvimento do Estado foi extremamente positiva (anos de vida potencial perdidos, mortalidade infantil e perinatal e esperança de vida), registando-se uma evolução significativa²⁰.

Só que, como em relação a outras estruturas públicas, e apesar do considerável impacto das melhorias conseguidas, a prestação ter-se-á revelado ineficiente, sendo frequentemente questionada a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos (a eficiência técnica). A qualidade das prestações foi considerada discutível (e foi e continua a ser discutida), atribuindo-se-lhe níveis pobres em parte graças à reduzida operacionalidade dos equipamentos e ao contexto de uma actividade pouco responsável e insuficientemente avaliada.

²⁰ Em Portugal, a partir do final da década de 60 e na década seguinte, assiste-se não apenas a uma transição epidemiológica com evidente mudança do padrão de morbilidade, como em termos de indicadores se prolonga pelas décadas seguintes uma assinalável evolução positiva de indicadores de saúde.

A nível macro foram identificados problemas com a aplicação dos recursos²¹, pondo-se em causa a correcção das opções de aplicação adoptadas que afluíam desproporcionadamente aos meios urbanos e à área hospitalar.

E a própria equidade, uma das mais relevantes motivações para a prestação pública, era posta em causa, uma vez que a actividade raramente estaria focada nos mais necessitados.

Acresce que, no domínio da saúde, a comprovação da razoabilidade e adequação dos custos é, de facto, frequentemente difícil.

Provavelmente, pelo papel crítico que desempenham como derradeiro recurso disponível do sistema de saúde, seguramente pela posição de relevo que têm no contexto das despesas de saúde, os hospitais foram (como, aliás, ocorre com frequência) o alvo preferencial ou pelo menos o primeiro das reformas introduzidas nos sistemas de saúde com o sentido de corrigir as alegadas ineficiências.

Num momento inicial (década de 70 e início da de 80), as reformas desenvolvidas tinham por objectivo maior (quando não único) reforçar a capacidade técnica da gestão dos hospitais, quer através de mudanças no modo de recrutamento dos gestores, quer através da introdução de formação específica que desenvolvesse as aptidões de gestão hospitalar²².

A chamada à área da gestão de médicos, alguma atenção à reorganização interna dos hospitais e um reforço da aposta na informação enquanto condição de uma boa tomada de decisão complementaram frequentemente aquelas medidas (Saltman e Figueras, 1997).

Conhecidas como as *reformas de gestão*, é um movimento muito próximo do que, anos mais tarde, conduziria ao advento do chamado *new public management*, que, muito cedo, já procurava introduzir nos hospitais a *best practice* (Osborne e Gaebler, 1993)²³. Não foi tão frutuosa quanto se poderia prever a introdução deste tipo de medidas.

Shaw apontou uma série de boas razões para que tal ocorresse (Shaw, 1999), avultando entre elas sobretudo o facto de a cultura de serviço público em que se inseriam os hospitais e em que foram introduzidas

estas medidas reduzir o seu impacto, o que era agravado pelo escasso controlo que os gestores hospitalares tinham (têm) sobre alguns dos factores que influenciam a produção das unidades hospitalares (Harding e Preker, 2000).

De qualquer modo, este tipo de reformas não só introduziu mudanças importantes na gestão dos hospitais, como sobretudo traduziu um indispensável degrau no progresso da sua gestão, que, sem ela, não teria evoluído do mesmo modo nem sobretudo com o mesmo ritmo.

O sucesso das medidas tomadas (embora mitigado quando contrastado com as expectativas existentes) facilitou o aparecimento de um outro tipo de medidas de reforma com o objectivo de melhorar a eficiência, a qualidade e a responsabilidade nos hospitais públicos.

É assim que num segundo momento aparecem as chamadas *reformas de financiamento*, que, a partir do reconhecimento de que o modo como as receitas afluem às organizações é um dos mais importantes factores de diferença (designadamente entre organizações públicas e privadas) e de incentivo, centram na distribuição de recursos (de pagamento) a procura de maior eficiência (Shaw, 1999).

Procurando pela primeira vez separar funções até aí muito interpenetradas em sistemas de saúde de prestação pública — a prestação e o financiamento —, iniciam-se processos de contratualização e o financiamento começa a ser associado ao desempenho, desmultiplicando-se os modelos de distribuição de recursos, imputando maior ou menor risco aos prestadores (via sistemas de capitação e prospectivos) ou aos pagadores (com sistemas retrospectivos de pagamento ao acto), de modo a explorar a ligação entre a distribuição de recursos e os níveis de prestação (Harding e Preker, 2000).

No entanto, nenhum dos modelos de financiamento é perfeito, tendo com frequência efeitos contraditórios, isto é, se respondem relativamente bem aos objectivos que levaram à sua escolha, provocam com frequência efeitos tão inesperados quanto indesejados. Não será, assim, de estranhar que, e mais uma vez em boa parte pela inadequação do quadro legal do hospital público tradicional e da cultura que segregava, e apesar de inquestionáveis sinais de sucesso, este não dê resposta aceitável aos incentivos com que procuravam estimulá-la, deixando as medidas desenvolvidas sem os resultados esperados²⁴.

²¹ Com a eficiência económica.

²² «Administração hospitalar», na expressão da época.

²³ Portugal foi precoce na introdução de medidas deste tipo. O Estatuto Hospitalar de 1968 preconizava o recurso à gestão empresarial nos hospitais, desde que preservada a sua «eficiência social». No final da década de 60, Coriolano Ferreira conseguia criar a primeira formação em Administração Hospitalar, que, a partir de 1970, passou a ser necessária ao desempenho de funções na gestão de hospitais. Em 1977 (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril), Paulo Mendo fez aprovar legislação que, na sequência do regime de instalação que suportara a transição desde 1974, consagrou a pluridisciplinaridade nos órgãos de gestão dos hospitais.

²⁴ Em Portugal, em 1981 (Despacho Normativo n.º 331/80, publicado em 13 de Outubro de 1980), foi aplicado um modelo de financiamento hospitalar que, durante quatro anos, interrompeu o ciclo de financiamento de base histórica que até aí (e depois disso) marcou o sector. Era um modelo prospectivo com níveis de produção negociados entre as instituições prestadoras e a instituição

A consciência de que havia mérito nas medidas ensaiadas em anteriores movimentos de reforma, que, no entanto, tinham tido resultados aquém das expectativas, chamou definitivamente a atenção para as limitações estruturais da prestação pública em saúde e sobre a necessidade de promover cenários de reforma mais incentivadores e, particularmente, de criar quadros de autonomia institucional bem mais alargados.

Quadros que (e é patente a influência que as reformas verificadas noutros sectores tiveram na adopção deste tipo de medidas) facultassem eficácia às medidas de reforma que não tinham resultado plenamente, permitindo a partilha de poderes até então centralizados, com melhoria da *performance* e com efectiva assunção de responsabilidades no quadro das oportunidades e dos incentivos propiciados em situações mais ou menos próximas de um mercado competitivo.

Conhecidas como *reformas organizacionais*, Harding e Prekker categorizam-nas em três grupos, consoante tenham por objectivo a simples concessão de autonomia, a transformação dos hospitais públicos em empresas públicas ou a sua privatização²⁵.

E é, se não pacífico, pelo menos generalizadamente aceite, que o grau de autonomia concedido (ou usufruído), isto é, o contributo trazido por este terceiro

financiadora (o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde) com potencialidades de ajustamento ao longo do ano (Esteves, Costa e Reis, 1982; Esteves, Costa e Reis, 1983). Depois desse curto período foi adoptado um modelo de financiamento por «dotação global» de base mais ou menos histórica em que progressiva e muito lentamente foram introduzidas valorizações associadas à produção com origem nos grupos de diagnósticos homogéneos.

²⁵ Em Portugal só a partir da legislação de 1977 (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril) é que os hospitais passaram do sector convencional do Estado para uma situação em que usufruem de «autonomia administrativa e financeira», mantendo-se a maior parte deles ainda hoje com esse estatuto (excepto algumas «experiências inovadoras de gestão» no século passado e os hospitais SA criados em 2002). Em relação às primeiras, em 1996 foram iniciados estudos concluídos em 1997 que conduziram à propositura de atribuição aos hospitais públicos portugueses da natureza de «estabelecimento público de natureza empresarial». Em 1998 foi criado o primeiro hospital com esse estatuto (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho, Hospital de S. Sebastião, em Santa Maria da Feira). Esse estatuto foi depois adaptado para a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho) e em 2001 foi aplicado no Hospital do Barlavento Algarvio (Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de Fevereiro). Com o regime de «contrato de gestão» do Hospital Amadora-Sintra constituíram-se as chamadas «experiências inovadoras de gestão». Sendo óbvia a extensão de autonomia resultante do novo estatuto, parece, decorridos poucos anos, que terá sido no Hospital de S. Sebastião (Feira) que ela atingiu um ponto mais avançado, com as esperadas consequências positivas na actividade do hospital. A partir de Dezembro de 2002, 31 hospitais públicos (incluindo aqueles hospitais que já tinham adoptado outro estatuto) passaram a ser sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.

tipo de medidas, é um elemento verdadeiramente condicionante, se não decisivo, da efectividade das reformas (Harding e Prekker, 2000; Prekker e Harding, 2000)²⁶.

Desenvolvendo-se na sequência da separação/divisão das funções de prestador das de pagador, e verificando-se que, no domínio da saúde e em sistemas de prestação pública, diferentemente do que ocorre na maior parte das outras áreas, a contratação (aquisição) e o pagamento continuam a ser protagonizados pelo Estado (Harding e Prekker, 2000), procurou-se, através delas, conjugar os diferentes tipos de factores que, isoladamente e ao longo dos esforços de reforma anteriormente desenvolvidos, não tinham resultado:

- O investimento em procedimentos adequados de gestão, designadamente fazendo apelo a modelos do tipo dos utilizados no sector privado;
- A introdução de incentivos de tipo financeiro (mecanismos de pagamento) num quadro em que às organizações são facultados ou impostos cenários mais competitivos;
- E, naturalmente, um relacionamento mais distanciado e autónomo das instituições com as suas tutelas.

5. As parcerias público-privadas em saúde

A conjugação das pressões de reforma determinadas pela exigência de maior qualidade e mais elevado nível de *performance* na prestação pública com os crescentes constrangimentos orçamentais (e mais uma vez com a indução de experiências ocorridas noutros sectores em que a intervenção privada assumia características delicadas) fez apelo ao recurso, também no sector da saúde, a mecanismos de parcerias público-privadas.

Em sistemas de saúde com predominância da prestação pública verificou-se uma espécie de reabilitação mútua do sector privado e do sector público.

O primeiro, alegadamente mais conotado com interesses a nível de redução de custos e de obtenção de proveitos, começou a ser considerado um parceiro válido e até interessante.

No sector público, proverbialmente conotado com posições de autoridade, de burocracia e de uma cul-

²⁶ Nesta perspectiva, a criação dos hospitais SA em 2002 deveria ter constituído um passo importante no sentido da autonomização que é simultaneamente suporte e complemento de outras medidas. No entanto, a intervenção mais tutelar do que de apoio da «Unidade de Missão», logo constituída para enquadrar a sua actividade e o anúncio da sua próxima transformação em SGPS, não deixa antever a promoção de um processo de descentralização e de autonomia que, noutras latitudes, foi o objectivo e o motor da reforma.

tura de menor responsabilidade (*accountability*), ganhou visibilidade a sua importância enquanto suporte financeiro de um sistema e garante por esta via de uma universalidade essencial para uma oferta que, de outro modo, dificilmente não seria selectiva. Ambos os sectores vão, assim, encontrar-se num quadro de complementaridade de que todos beneficiariam. Cada um deles desbloqueava recursos financeiros (um a nível de investimento, o outro a nível de exploração) e assumia os riscos que controlaria melhor, o que permitiria a manutenção de níveis de acessibilidade e volumes de actividade com a qualidade requerida que, de outro modo, seriam inatingíveis.

Com frequência, e no plano de uma argumentação mais de índole ideológica do que técnico-científica, é apontada às PPP a intenção e a natureza de «privatizar» a prestação em saúde.

Mas, tecnicamente, não é assim.

Recorrendo ao enquadramento conceptual atrás apontado (Savas, 2000), não se trata de uma «transferência» da propriedade e controlo de activos públicos do sector público para o sector privado.

Trata-se de tipos de intervenção mista numa actividade até então realizada pelo sector público e em que, segundo modelos muito variáveis e num contexto de objectivos que deverão estar bem definidos, o privado assegura, em regra, o financiamento do investimento e a gestão (total ou parcial) do estabelecimento num quadro de direito privado e o público, para além de amortizar o investimento feito, financia a exploração nos limites da sua responsabilidade²⁷, mantendo a sua capacidade de regulação, que exerce de modo directo ou através de entidades terceiras. As PPP serão apenas «uma colaboração formalizada entre entidades do sector público e privado para a prossecução de actividades que tradicionalmente se situavam na área de intervenção do sector público» (Savas, 2000).

Mas aquela abordagem das parcerias público-privadas em saúde não só não é tecnicamente correcta, como até, por ser apriorística e desviada, pode funcionar como um elemento perturbador de uma análise objectiva que qualquer tipo de intervenção privada na prestação pública em saúde justifica amplamente.

Importante é analisar a compatibilidade da figura e de cada uma das suas formulações concretas com o sector da saúde ou, mais correctamente, identificar as condições de compatibilização de que se devem revestir para poderem ser adoptados²⁸ ou, no mínimo, as dúvidas que a sua utilização pode suscitar.

²⁷ Definida em função dos utentes, cuja cobertura lhe incumbe.

²⁸ Em Portugal, na área da saúde (em hospitais), as parcerias público-privadas estão a iniciar o seu percurso, não havendo fundamentos para avaliar objectivamente as opções tomadas e ainda

Isto é, importante será discutir quais os requisitos a que, no sector da saúde, deve obedecer o lançamento desses processos de cooperação entre parceiros públicos e privados, com objectivos partilhados e compatíveis, com benefícios mútuos, com partilha de riscos/actividades (a cada um os/as que domina melhor) e com obtenção de *value for money*.

Naturalmente que o recurso às parcerias público-privadas envolve outras questões a montante da saúde, desde a justificação das iniciativas de investimento consideradas necessárias até ao equacionar das alternativas de financiamento mais favoráveis para as realizar, num contexto (o endividamento) em que até é o Estado que, habitualmente, obtém as melhores condições do mercado.

Mas a presente reflexão circunscreve-se ao sector da saúde e às questões que nele deverão enquadrar e orientar a adopção deste tipo de iniciativas e, nesta perspectiva, centrar-se-á em dois eixos:

- Um primeiro apoiado na avaliação de experiências desenvolvidas noutros países (Allan, 1999; Linder e Rosenau, 2000; Rom, 2000; Sparer, 2000; Rosenau, 2000; UK. Institute for Public Policy Research, 2001; New, 2000, 27; Broadbent e Laughlin, 2003);
- Um outro que terá a ver com as determinantes da intervenção do Estado no sector da saúde que valerá a pena reavaliar.

Na primeira das perspectivas referidas reconhece-se generalizadamente que, a haver pré-condições de sucesso, elas se situam mais a nível do sistema de saúde (mais precisamente do subsistema hospitalar) em que as PPP se vão inserir e muito menos a nível da perfeição da sua previsão legal específica.

menos os projectos em início de desenvolvimento no sector. Foi o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, que definiu «o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados». Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, define «normas especiais às parcerias público-privadas», alterando alguns aspectos daquele primeiro diploma. Também em 2003, e através do Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril, são aprovadas «as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde». E em Junho de 2003 o Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho, «aprova o caderno de encargos tipo dos contratos de gestão que envolvam actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração de estabelecimentos hospitalares». Em Setembro de 2003 foi aberto concurso para o Hospital de Loures e no Verão de 2004 para o Hospital de Cascais. Não parece razoável perspectivar movimentos de retrocesso no recurso a este tipo de mecanismos, sendo muito provável que se mantenham. E, nessa perspectiva, considera-se útil, mesmo no quadro de desenvolvimento actual das parcerias em saúde em Portugal, procurar analisar, prospectivamente que seja, este tipo de iniciativas, procurando alguma aprendizagem.

Nesta perspectiva, têm sido identificados como importantes:

- A consistência dos fundamentos que, num dado sistema e em cada caso concreto, determinaram o recurso à solução PPP;
- A aceitação do recurso às PPP por parte do público em geral e em particular das populações que por elas serão servidas;
- A robustez do parceiro público, dispondo de uma estratégia bem definida, dotado com uma estrutura efectiva e estabilizada, com capacidade para manter o enfoque dos prestadores na satisfação das necessidades da população e na prossecução do interesse público e de integração no objectivo estruturante do *value for money* de permanentes preocupações de qualidade a definir de modo objectivo e a acompanhar sistematicamente;
- A existência, disponibilidade e vontade de participar de parceiros privados experientes (de outro modo, e na lógica das PPP, como se lhes poderá atribuir actividades importantes?) e com capacidade (competência) de assumpção da sua parte nos riscos;
- A existência de normas claras e rigorosas do ponto de vista técnico que regulem o processo de parceria;
- A predefinição de um quadro global de referência (para todo o sistema de saúde e, no caso, para o subsistema hospitalar) que regule as prestações públicas que são objecto de parceria, designadamente em matéria do seu financiamento e de avaliação do desempenho;
- A previsão de processos de acompanhamento (monitorização) e de fiscalização (avaliação) das actividades desenvolvidas.

Compreendem-se facilmente os requisitos enunciados, particularmente no contexto de sistemas de saúde que, assentando numa estrutura de prestação pública, passam a ter, por via deste tipo de iniciativas (e de outras), desdobramento em termos institucionais do lado da oferta.

Desdobramento que, se não é precedido pela definição de um quadro de referência com âmbito global e acompanhado pela sua aplicação rigorosa, pode, sem prejuízo de aumentos de eficiência pontuais que se obtenham, ter efeitos desestruturantes no sistema²⁹.

²⁹ Em Portugal, por exemplo, não só não há uma definição global (para todos os diferentes tipos de hospitais) de padrões que são essenciais para a transparência e funcionamento do subsistema hospitalar – do financiamento às normas de acompanhamento e fiscalização da actividade, passando pela definição de padrões de avaliação do desempenho —, como a transferência para a sede de caderno de encargos (portanto das propostas) pode, potencial-

O que, para além de outros aspectos importantes em áreas em que, como na saúde, é necessária a formulação de consensos a nível social e político, reforça singularmente a importância da regulação na conformação e orientação dos sistemas, sobretudo dos mais complexos.

Mas não se deve esquecer que, em alguns países³⁰, as parcerias público-privadas em saúde envolvem a prestação de cuidados e a gestão de dimensões clínicas que não estão presentes naqueles que têm prestado mais atenção às iniciativas em PPP e onde, naturalmente, se tem feito a maior parte da pesquisa.

O que nos transporta para o segundo dos eixos de reflexão referidos e à análise às razões que, historicamente, determinaram ou promoveram a intervenção do Estado no sector da saúde.

É que convém não esquecer que na maior parte dos sistemas de prestação pública, mesmo dos disponíveis para experimentarem novos modelos de organização, continua a haver princípios de universalidade e exigências de equidade no acesso, preocupações de solidariedade e financiamento público a círculos mais ou menos alargados da população.

Julga-se, assim, que, mesmo sem intenções de exaustividade na reflexão, se deverá procurar contrastar as parcerias com as razões que levaram o Estado a intervir no sector da saúde, já que, ultrapassando-se o mero apoio de tipo infra-estrutural, se entra em áreas que suscitam potenciais colisões:

- Com a compreensividade (ou «generalidade») em que muitos sistemas de saúde se continuam a filiar;
- Com as prestações associadas à continuidade de cuidados (aliás, entre nós previstas na lei) de promoção da saúde e à prevenção da doença;
- Com o controlo das externalidades, sobretudo em termos da gestão dos conflitos positivos e negativos que originam.

E, se todas estas situações exigem, para salvaguarda de razões que se mantêm, uma previsão contratual adequada e hábil (o que até parece relativamente fácil), impõem também, e mais uma vez, que ela seja complementada por um sistema de regulação correcto e blindado e por modalidades de acompanhamento e fiscalização eficazes.

Situação que traz de novo, e de modo iniludível, à colação a questão da regulação, mas que lhe acres-

mente, originar/induzir uma multiplicidade de regimes e de comportamentos diversificados e muito pouco comparáveis. O que tem sido agravado pela utilização frequente de referências parcelares ou sectoriais e desajustadas como significativas de mérito na prestação.

³⁰ Em Portugal e também em alguns casos em Espanha.

centa um peso suplementar, ao forçar a introdução do tema do seu exercício directo ou indirecto e da eficácia e efectividade de cada uma das alternativas³¹, nuns casos pela dificuldade do exercício, noutros pela delicadeza de transferência de determinados poderes.

E, dos aspectos referidos, só do ponto de vista da continuidade de cuidados parece não haver potenciais problemas, sendo, até por razões estritamente económicas, um novo paradigma de organização e prestação de cuidados do interesse de ambos os parceiros.

Mas também as invocadas especificidades do mercado da saúde requerem, quer do ponto de vista contratual, quer do ponto de vista da regulação, quer do ponto de vista do acompanhamento e fiscalização, enormes cautelas, de intensidade e extensão variadas, mas evidentes.

Há o risco de a competição que se quer estimular se traduzir na simples transformação de um monopólio público num monopólio privado (geográfico/administrativo).

É difícil, num quadro de «procura derivada» e de assimetria da informação, vencer a inércia de uma procura que prefere obter cuidados quando deles carece a assegurar/suportar esquemas de cobertura sistematizada.

É muito difícil, no quadro de uma produção heterogénea e com exigência de qualidade, padronizar *standards* e monitorizar resultados, homogeneizando modos de avaliação e de financiamento, sobretudo porque o Estado, mantendo as suas responsabilidades de pagador (de principal pagador), não as exerce apenas para este tipo de hospitais.

Nestas circunstâncias, volta a ser absolutamente essencial a regulação, quer em termos do modo como é exercida, quer em termos de protagonização do exercício, bem como o sistema de acompanhamento e de fiscalização.

E a importância da regulação ainda avulta mais se nos detivermos nas preocupações de universalidade e de acessibilidade que dominam a maior parte destes sistemas de saúde e que não encontram facilmente paralelo noutras áreas de actividade em que as parcerias público-privadas têm sido utilizadas.

Não é impossível prever contratualmente a universalidade de cobertura e estabelecer requisitos de acessibilidade (como se referiu não o ser para a compreensibilidade/«generalidade») dos cuidados.

Mas, sendo insuficiente, será mais uma vez em sede de regulação, de acompanhamento e fiscalização que

ficarão sediadas as responsabilidades mais pesadas, renovando-se as dúvidas sobre se uma regulação não exercida directamente pelo Estado será totalmente eficaz em áreas tão melindrosas em que é essencial garantir a harmonia de intervenções que podem ser filiadas em valores diferentes.

Crescentemente utilizadas, designadamente em países de cultura e influência anglo-saxónica, as PPP estão aí submetidas a um constante escrutínio, sendo hoje numerosa a investigação sobre a sua natureza, a manutenção da preocupação de obter *value for money* a longo prazo, a regulação que sobre elas deve impender, etc (UK. House of Commons, 2002; Broadbent e Laughlin, 2002).

Escrutínio que, se devidamente acompanhado, tem produzido material da maior importância para qualquer utilizador deste instrumento de intervenção e que, não desaconselhando a utilização das PPP, é de revisão obrigatória, particularmente nos casos em que a intervenção na prestação pública é profunda e pouco consensual no plano social e político:

- No Reino Unido, e para além de aspectos já referidos (UK. Institute for Public Policy Research, 2001; U.K. House of Commons, 2002), acentua-se a necessidade de uma detalhada análise prévia dos projectos em termos do chamado *value for money* e da sua manutenção e de acompanhamento e avaliação posterior, designadamente no domínio operacional e em aspectos não estritamente financeiros (Broadbent, Gill e Laughlin, 2003);
- Na Austrália, valorizando a necessidade de se estabelecerem parâmetros de tipo político que enquadrem a actividade e orientem o seu acompanhamento (English e Guthrie, 2003);
- Nos Estados Unidos e numa análise extremamente original em que a Enron, enquanto fornecedora privada de serviços públicos (gás e electricidade), podia ser vista como sendo, do ponto de vista da regulação, uma PPP e evidenciando as falhas e os riscos da desregulação (Baker, 2003).

Não parece haver dúvidas hoje de que, no nosso país, iniciativas de combinação público-privado vão florescer na área da saúde, em particular no sistema hospitalar.

E, reconhecendo-se a atenção que em Portugal tem sido conferida à clareza do ponto de vista técnico dos modelos de PPP em saúde, deverá ser ponderado e prevenido o efeito desestruturante (sobretudo quando potenciado por outras medidas também em curso) que podem ter em relação a um sistema que não só não está preparado para uma tão profunda diversi-

³¹ Nesta perspectiva, o que tem estado a ocorrer em Portugal com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que tem atribuições neste domínio, é, no pior dos sentidos, exemplar.

dade de prestadores, como está marcado por consequências prolongadas e penosas de situações de impreparação anteriores mas análogas.

□ Bibliografia

ABECASSIS, P.; BATIFOULIER, P.; ZEGHNI, S. — Le rôle de l'État dans la vie économique et sociale. Paris : Ellipses, 1996.

ALLAN, J. — Public-private partnership : a review of literature and practice. Toronto : Saskatchewan Institute of Public Policy, 1999.

ALLSOPP, C. — The macro-economic role of the state. In HELM, D., ed. lit. — The economics borders of the state. Oxford : Oxford University Press, 1989. 180.

BAKER, C. R. — Investigating Enron as a public private partnership. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 16 : 3 (2003) 446.

BARZELAY, M. — The new public management : improving research and policy dialogue. Berkeley : University of California Press, 2001.

BECKERMAN, W. — How large a public sector? In HELM, D., ed. lit. — The economics borders of the state. Oxford : Oxford University Press, 1989. 66.

BERLIN, I. — Liberty : incorporating four concepts of liberty. Oxford : Oxford University Press, 2002.

BROADBENT, J.; LAUGHLIN, R. — Public private partnership : an introduction. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 16 : 3 (2003) 332.

BROADBENT, J.; GILL, J.; LAUGHLIN, R. — Evaluating the private finance initiative in the National Health Service in the UK. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 16 : 3 (2003) 422.

DASGUPTA, P. — Positive freedom, markets and welfare state. In HELM, D., ed. lit. — The economics borders of the state. Oxford : Oxford University Press, 1989. 110.

DENHARDT, J.; DENHARDT, R. — The new public service : serving not steering. New York : M. E. Sharpe, 2003.

DRUCKER, P. — Innovation and entrepreneurship. New York : Perennial Library, 1986.

FERREIRA, G. — História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FRANCE, H. — La solidarité et ses fondements implicites : les conditions d'un retour à une vision organique de la société. In EUZEBY, C.; EUZEBY, A., ed. lit. — Les solidarités : fondements et défis. Paris : Economica, 1996.

GLAZER, N. — The limits of social policy. Cambridge (Massachusetts) : Harvard University Press, 1988.

GRIFFIN, C. C. — Strengthening health services in developing countries through the private sector. Washington : World Bank, IFC, 1989 (Discussion Paper; 4).

ENGLISH, L.; GUTHRIE, J. — Driving privately financed projects in Australia : what makes them tick? *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 16 : 3 (2003) 493.

HARDING, A.; PREKER, A. — Understanding organizational reforms : the corporatization of public hospitals. Washington, D. C. : Health, Nutrition and Population. The World Bank, 2000 (HNP Discussion Paper).

http://www1.worldbank.org/hnp/Pubs_Discussion/Harding-understandingOrganizational-whole.pdf

HARRIS, C. — Private participation in infrastructure in developing countries : trends, impacts and policy lessons. Washington, D. C. : The World Bank, 2003 (Working Paper; 5).

HELM, D. — The economics borders of the state. In HELM, D., ed. lit. — The economics borders of the state. Oxford : Oxford University Press, 1989. 9.

KERSCHEN, N. — L'influence du rapport Beveridge sur le plan français de sécurité sociale de 1945. *Revue française de science politique*. 45 : 4 (1995) 570.

LACHÉZE-PASQUET, P.; STINGRE, D. — L'administration de l'hôpital. Paris : Berger-Levrault, 1994.

LINDER, S.; ROSENAU, P. — Mapping the terrain of the public-private policy partnership. In ROSENAU, P., ed. lit. — Public-private policy partnerships. Cambridge (Massachusetts) : MIT, 2000. 1.

LYNN, L. — Public management as art, science and profession. Chatham (New Jersey) : Chatham House, 1996.

MAILLARD, C. — Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Paris : Dunod, 1986.

MARQUES, M. M. L.; MOREIRA, V. — A mão invisível : mercado e regulação. Coimbra : Almedina, 2003.

NELISSE, M., *et al.* — Renewing government : innovative and inspiring visions. Utrecht : International Books, 1999.

NEW, B. — What business is the NHS in? Establishing the boundary of a health care system's responsibility. London : Institute for Public Policy Research, 2000. 27.

OECD — Regulatory reform, privatization and competition policy. Paris : OECD, 1992.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. — Reinventing government : how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. New York : Plume. Penguin Books, 1993.

OSBORNE, D.; PLASTRIK, P. — Banishing bureaucracy : the five strategies for reinventing government. New York : Penguin, 1998.

OSBORNE, D.; HUTCHINSON, P. — The price of government. New York : Basic Books, 2004.

PREKKER, A.; HARDING, A. — The economics of public and private roles in health care : insights from institutional economics and organizational theory. Washington, D. C. : The World Bank, 2000 (HNP Discussion Paper).

ROM, M. C. — From welfare state to opportunity, Inc. In ROSENAU, P., ed. lit. — Public-private policy partnerships. Cambridge (Massachusetts) : MIT, 2000. 161.

ROSENAU, P. — The strengths and weakness of public-private partnership. In ROSENAU, P., ed. lit. — Public-private policy partnerships. Cambridge (Massachusetts) : MIT, 2000. 1.

ROTH, G. — The private provision of public services delivery in developing countries. New York : Oxford University Press, 1987.

SALMAN, R.; FIGUERAS, J. — European health care reform : analysis of current strategies. Copenhagen : World Health Organization, 1997.

SAVAS, E. S. — Privatization and public-private partnerships. New York : Chatham House Publishers, 2000.

SAVAS, E. S. — Privatizing the public sector : how to shrink government. Chatham (New Jersey) : Chatham House, 1982.

SELIGER, B. — Reforming the welfare state : German and European experiences and challenges. *International Area Review*. 4 : 1 Spring (2001) 63-87.

SHAW, P. — New trends in public management in health. Washington, D. C. : World Bank Institute, 1999 (WBI Working Papers).

SPARER, M. — Myths and misunderstandings. In ROSENAU, P., ed. lit. — Public-private policy partnerships. Cambridge (Massachusetts) : MIT, 2000. 143.

TILLY, C. — Coercion, capital and European states : AD 990-1990. Cambridge (Massachusetts) : Basil Blackwell, 1990.

UK. House of Commons — Managing the relationship to secure a successful partnership in PFI projects : forty-second report of session 2001-02. London : The Stationery Office Limited, 2002.

UK. Institute for Public Policy Research (IPPR) — Building better partnerships : the final report on the Commission on Public Private Partnership. London : Institute for Public Policy Research, 2001.

THE WORLD BANK — World development report : the challenge of development. Washington : Oxford University Press, 1991. 9.

THE WORLD BANK — World development report : infrastructure for development. Washington : Oxford University Press, 1994.

THE WORLD BANK — World development report : the state in a changing world. Washington : Oxford University Press, 1997. 3.

□ Abstract

PRIVATE INTERVENTION IN THE PUBLIC SECTOR: FROM STATE EXPANSION TO PUBLIC-PRIVATE PART- NERSHIP

Till the beginning of the eighties, governments everywhere have developed their activity but in the last two decades they have experienced an increasing and strong pressure for change, in the sequence of fiscal constraints, social and technological change and growing skepticism regarding the efficiency of the public sector.

Governments have adopted different ways of answering these pressures usually referred to as the *three waves* of public sector reform, going from privatization to public-private partnership (PPP) and including different levels of managerial autonomy. In the health sector because of its deep specificities, the reforms designed to improve efficiency, namely in hospitals, were developed through *managerial, funding/payment* and *organizational* measures that also included giving different degrees of management autonomy to hospitals.

In the last few years, public-private partnerships grew in the health sector and in some countries the partnership included the management of clinical areas too.

This paper intended to consider the PPP in the context of the increasing private intervention in the public sector and tried to establish some requirements to allow the use of the PPP in health systems where universal coverage, accessibility and comprehensivity and equity are considered to be essential.