

ano 19 - n. 75 | janeiro/março - 2019
Belo Horizonte | p. 1-274 | ISSN 1516-3210 | DOI: 10.21056/aec.v20i75
A&C – R. de Dir. Administrativo & Constitucional
www.revistaaec.com

A&C

**Revista de Direito
ADMINISTRATIVO
& CONSTITUCIONAL**

**A&C – ADMINISTRATIVE &
CONSTITUTIONAL LAW REVIEW**

FORUM
CONHECIMENTO JURÍDICO

A&C – REVISTA DE DIREITO ADMINISTRATIVO & CONSTITUCIONAL

IPDA
Instituto Paranaense
de Direito Administrativo



© 2019 Editora Fórum Ltda.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico ou mecânico, inclusive através de processos xerográficos, de fotocópias ou de gravação, sem permissão por escrito do possuidor dos direitos de cópias (Lei nº 9.610, de 19.02.1998).

FÓRUM
CONHECIMENTO JURÍDICO

Luís Cláudio Rodrigues Ferreira
Presidente e Editor

Av. Afonso Pena, 2770 – 15ª andar – Savassi – CEP 30130-012 – Belo Horizonte/MG – Brasil – Tel.: 0800 704 3737
www.editoraforum.com.br / E-mail: editoraforum@editoraforum.com.br

Impressa no Brasil / Printed in Brazil / Distribuída em todo o Território Nacional

Os conceitos e opiniões expressas nos trabalhos assinados são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

A246	A&C : Revista de Direito Administrativo & Constitucional. – ano 3, n. 11, (jan./mar. 2003) – Belo Horizonte: Fórum, 2003- Trimestral ISSN: 1516-3210 Ano 1, n. 1, 1999 até ano 2, n. 10, 2002 publicada pela Editora Juruá em Curitiba 1. Direito administrativo. 2. Direito constitucional. I. Fórum. CDD: 342 CDU: 342.9
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Coordenação editorial: Leonardo Eustáquio Siqueira Araújo
Capa: Igor Jamur
Projeto gráfico: Walter Santos

Periódico classificado no Estrato A2 do Sistema Qualis da CAPES - Área: Direito.

Qualis – CAPES (Área de Direito)

Na avaliação realizada em 2017, a revista foi classificada no estrato A2 no Qualis da CAPES (Área de Direito).

Entidade promotora

A *A&C – Revista de Direito Administrativo e Constitucional*, é um periódico científico promovido pelo Instituto de Direito Romeu Felipe Bacellar com o apoio do Instituto Paranaense de Direito Administrativo (IPDA).

Foco, Escopo e Público-Alvo

Foi fundada em 1999, teve seus primeiros 10 números editorados pela Juruá Editora, e desde o número 11 até os dias atuais é editorada e publicada pela Editora Fórum, tanto em versão impressa quanto em versão digital, sediada na BID – Biblioteca Digital Fórum. Tem como principal objetivo a divulgação de pesquisas sobre temas atuais na área do Direito Administrativo e Constitucional, voltada ao público de pesquisadores da área jurídica, de graduação e pós-graduação, e aos profissionais do Direito.

Linha Editorial

A linha editorial da *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, estabelecida pelo seu Conselho Editorial composto por renomados juristas brasileiros e estrangeiros, está voltada às pesquisas desenvolvidas na área de Direito Constitucional e de Direito Administrativo, com foco na questão da efetividade dos seus institutos não só no Brasil como no Brasil como no Direito comparado, enfatizando o campo de interseção entre Administração Pública e Constituição e a análise crítica das inovações em matéria de Direito Público, notadamente na América Latina e países europeus de cultura latina.

Cobertura Temática

A cobertura temática da revista, de acordo com a classificação do CNPq, abrange as seguintes áreas:

- Grande área: Ciências Sociais Aplicadas (6.00.00.00-7) / Área: Direito (6.01.00.00-1) / Subárea: Teoria do Direito (6.01.01.00-8) / Especialidade: Teoria do Estado (6.01.01.03-2).
- Grande área: Ciências Sociais Aplicadas (6.00.00.00-7) / Área: Direito (6.01.00.00-1) / Subárea: Direito Público (6.01.02.00-4) / Especialidade: Direito Constitucional (6.01.02.05-5).
- Grande área: Ciências Sociais Aplicadas (6.00.00.00-7) / Área: Direito (6.01.00.00-1) / Subárea: Direito Público (6.01.02.00-4) / Especialidade: Direito Administrativo (6.01.02.06-3).

Indexação em Bases de Dados e Fontes de Informação

Esta publicação está indexada em:

- Web of Science (ESCI)
- Ulrich's Periodicals Directory
- Latindex
- Directory of Research Journals Indexing
- Universal Impact Factor
- CrossRef
- Google Scholar
- RVBI (Rede Virtual de Bibliotecas – Congresso Nacional)
- Library of Congress (Biblioteca do Congresso dos EUA)
- MIAR - Information Matrix for the Analysis of Journals
- WorldCat
- BASE - Bielefeld Academic Search Engine
- REDIB - Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico
- ERIHPLUS - European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences
- EZB - Electronic Journals Library
- CiteFactor
- Diadorim

Processo de Avaliação pelos Pares (Double Blind Peer Review)

A publicação dos artigos submete-se ao procedimento *double blind peer review*. Após uma primeira avaliação realizada pelos Editores Acadêmicos responsáveis quanto à adequação do artigo à linha editorial e às normas de publicação da revista, os trabalhos são remetidos sem identificação de autoria a dois pareceristas *ad hoc* portadores de título de Doutor, todos eles exógenos à Instituição e ao Estado do Paraná. Os pareceristas são sempre Professores Doutores afiliados a renomadas instituições de ensino superior nacionais e estrangeiras.

Eficiência na prestação de serviços de saúde: experiência brasileira do modelo gerencial e comparativo com os países da *common law*

Efficiency in the provision of the health services: brazilian experience of the management model and it be compared with common law countries

Fábio Ramazzini Bechara*

Universidade Presbiteriana Mackenzie (Brasil)
fabio.bechara@mackenzie.br

Fernanda Soraia Pacheco Costa**

Universidade Presbiteriana Mackenzie (Brasil)
fernanda-soraia@uol.com.br

Recebido/Received: 08.02.2018 / February 08th, 2018
Aprovado/Approved: 13.12.2018 / December 13th, 2018

Como citar este artigo/*How to cite this article*: BECHARA, Fábio Ramazzini; COSTA, Fernanda Soraia Pacheco. Eficiência na prestação de serviços de saúde: experiência brasileira do modelo gerencial e comparativo com os países da *common law*. *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 19, n. 75, p. 65-82, jan./mar. 2019. DOI: 10.21056/aec.v20i75.923.

* Professor dos Programas de Graduação e Pós-Graduação de Mestrado/Doutorado em Direito Político e Econômico da Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo-SP, Brasil). Professor do Programa de Pós-Graduação Humanidades, Direitos e outras Legitimidades da Universidade de São Paulo. Doutor em Direito Processual Penal pela Universidade de São Paulo (2010). Mestre em Direito Processual Penal pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003). Pesquisador Visitante do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (2016). Woodrow Wilson Center Global Fellow/Washington (2017-2019). Formação Complementar pela Escola Diplomática de Madri/Espanha (2005). Promotor de Justiça no Estado de São Paulo. *E-mail*: fabio.bechara@mackenzie.br.

** Mestranda em Direito Político e Econômico, na Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo-SP, Brasil). Possui graduação pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Juíza Federal na Seção Judiciária de São Paulo. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Econômico, Administrativo, Constitucional, Tributário, Processual Civil e Previdenciário. *E-mail*: fernanda-soraia@uol.com.br.

Resumo: A reforma administrativa mais recente no Brasil, da década de 1990, pretendeu a implantação do modelo gerencial inspirado nos países da *common law*, ressaltando-se a necessidade de eficiência, com a aplicação de práticas de gestão da iniciativa privada. Entretanto, a ótica do particular nem sempre é aplicável ao serviço público. Por isso, destaca-se o sistema de saúde do Reino Unido e dos Estados Unidos da América, uma vez que o primeiro serviu de modelo ao SUS no Brasil, sendo público e universal, enquanto o segundo tem por primazia a prestação do serviço de saúde pelo particular com subsídios estatais em determinadas situações. Serão analisados os dados da Organização Mundial de Saúde e dos governos estudados, as pesquisas e a doutrina referentes à prestação de serviços públicos e à eficiência. Espera-se demonstrar que, mesmo nos países de tradição da *common law*, a atuação direta do Estado no atendimento de direitos fundamentais pode ser eficiente, enquanto a delegação ao particular pode ser ineficiente, no sentido de ter um alto custo, como é nos Estados Unidos da América.

Palavras-chave: Reforma do Estado; Eficiência; Atuação estatal direta; Modelo gerencial; Sistema Único de Saúde.

Abstract: The most recent administrative reform in Brazil, from the decade of 1990, intended the implementation of the management model inspired by the countries of common law, it emphasizing the need for efficiency, with the application of private-initiative management practices. However, the optics of particular is not always applicable to public service. So highlights whether the UK and USA health systems, once the first served as a model to SUS in Brazil, being public and universal, while the second the primacy is the provision of the health service by private with state subsidies in certain situations. The World Health Organization's data will be analysed together with the governments studied, researchs and doctrine concerning the provision of public services and the efficiency. It hopes to demonstrate that, even in common law's tradition countries, the direct performance of the state in attendance of fundamental rights can be efficient, while delegation to particular can be inefficient, in the sense of having a high cost, as in the United States of America.

Keywords: Reform of the State; Efficiency; Direct State Performance; Management model; Unified Healthcare System.

Sumário: Introdução – **1** O princípio da eficiência e a reforma administrativa – **2** Serviço de saúde e organizações sociais no Brasil – **3** Sistema de saúde do Reino Unido: inspiração ao SUS brasileiro – **4** Contraponto: sistema de saúde dos Estados Unidos da América – **5** Relatório do Banco Mundial e da Organização Mundial de Saúde – Conclusão – Referências

Introdução

Na década de 1970, após duas crises do petróleo, em 1973 e 1979, surgiu o questionamento do *Welfare State*, impossível de ser mantido na visão de Margareth Thatcher, no Reino Unido, abrindo espaço para políticas neoliberais, que também foram a plataforma de Ronald Reagan, nos Estados Unidos da América.

O Estado que presta serviços sociais diretamente foi considerado ineficiente, sendo necessárias a adoção de práticas gerenciais da iniciativa privada.

O avanço do neoliberalismo, fortalecido pela queda do Muro de Berlim, levou ao Consenso de Washington, influenciando as organizações financeiras internacionais nos países em desenvolvimento e também daqueles do antigo bloco socialista, durante a década de 1990 e nos anos iniciais do século XXI, difundindo-se o modelo gerencial.

Após quase quarenta anos do início do discurso do Estado eficiente, permeado por técnicas administrativas do setor privado, cabe tomar como referencial para análise de atuação do Estado a prestação de serviço de saúde, porque é relevante em qualquer parte do globo e sistema jurídico, bem como igualmente problemático, pois não há sistema de saúde perfeito.

Em países da *common law*, são selecionados os sistemas de saúde do Reino Unido, que, sabidamente, serviu de modelo ao SUS no Brasil, também sendo público e universal, de um lado, e o dos Estados Unidos, onde o tema é tão polêmico que foi uma das causas de rejeição ao partido da situação nas últimas eleições presidenciais, de outro lado.

Assim, examinaremos o modelo gerencial, que é uma crítica ao burocrático, a eficiência, que não é uma novidade, ao contrário do que se apregoa, comparando-se o SUS no Brasil, com a parceria de entes do terceiro setor, com o sistema de saúde britânico, que tem praticamente o mesmo formato desde sua concepção após a Segunda Guerra Mundial, e o sistema norte-americano, que é um dos mais caros do Mundo para o contribuinte.

1 O princípio da eficiência e a reforma administrativa

No Brasil, a Reforma Administrativa foi veiculada pela Emenda Constitucional nº 19 de 1998, que introduziu o princípio da eficiência, dentre aqueles que norteiam a Administração Pública (*caput* do artigo 37), que foi seu valor-base, assim como fortaleceu o papel das organizações sociais, em serviços não exclusivos do Estado, mas de fundamental importância para a cidadania, trouxe as agências reguladoras, para estabelecer critérios ao exercício de atividades que foram transferidas da iniciativa privada, e promoveu alterações no regime de remuneração do funcionalismo público.

Sobre o modelo gerencial, aponta Irene Patrícia Nohara que:

O modelo gerencial procurou dissolver as fronteiras entre o público e o privado, reforçando a criatividade e a inovação em detrimento do controle de procedimentos, ou, na linguagem importada, procurou-se substituir a *rule-based* pela *performance-based accountability* (prestação de contas *baseada* nas regras pela *baseada* no desempenho).¹

No presente artigo, daremos ênfase à eficiência, já neste tópico, e às organizações sociais atuantes na área de saúde, no tópico seguinte.

¹ NOHARA, Irene Patrícia. *Reforma administrativa e burocracia: impacto da eficiência na configuração do direito administrativo brasileiro*. São Paulo: Atlas, 2012, p. 7.

Na obra citada, a autora alerta que “o conceito weberiano de burocracia não prescinde do valor eficiência”,² sendo esta a posição dos demais administrativistas, que viram com perplexidade a inserção do princípio da eficiência no texto constitucional, o que somente ocorreu com a Emenda de Plenário nº 8, pois, até então, falava-se em qualidade do serviço prestado.

Nesse passo, o Decreto-Lei 200/1967 já exigia o controle de resultados, a supervisão ministerial quanto à eficiência (art. 26, III,) e a demissão do servidor ineficiente (art. 100); assim como, o Código de Defesa do Consumidor tratava da adequada e eficaz prestação de serviços (art. 6º) e da obrigatoriedade de serviços eficientes (art. 22). Tudo isso antes da Emenda Constitucional 19/1998.

A doutrina também reconhecia o tema, falando Hely Lopes Meirelles do dever de eficiência e do princípio da eficiência.

E, antes mesmo da atuação do poder constituinte derivado, o artigo 74 da Constituição Federal tratava de aspectos da economicidade.

Os críticos da positivação apontaram, assim como Celso Antônio Bandeira de Mello, que era desnecessária a referência, pois é uma faceta do princípio da boa administração. Há, ainda, os que sustentam que o conceito é vago e de difícil controle. Por sua vez, Maria Sylvania Zanella Di Pietro diz que não se coaduna ao princípio da legalidade. Dinorá Adelaide Musetti Grotti, por seu turno, rebate os argumentos dos referidos doutrinadores, que também cita.³

Para Emerson Gabardo, o princípio da eficiência não é “uma novidade importada da iniciativa privada, quando a realidade é absolutamente oposta”⁴ Isso porque sempre houve a “obrigatoriedade legal de eficiência”.

O referido autor sustenta, ainda, que:

Na esfera privada, a eficiência é uma opção apresentada ao alvedrio do empreendedor, que pode, se quiser, ser ineficiente e até mesmo perdulário. Isso jamais poderia ocorrer na Administração Pública, desde que predominou o modelo republicano e democrática de Estado.⁵

Analisados os debates sobre a existência do princípio em nosso ordenamento e que ele não é uma exclusividade do modelo gerencial, passaremos a analisar o conceito de eficiência.

² NOHARA, Irene Patrícia. *Reforma administrativa e burocracia: impacto da eficiência na configuração do direito administrativo brasileiro*, op. cit., p. 3.

³ GROTTI, Dinorá Adelaide Musetti. “Eficiência administrativa: alargamento da discricionariedade acompanhado do aperfeiçoamento dos instrumentos de controle e responsabilização dos agentes públicos – um paradigma possível?” In: BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio; FERRAZ, Sérgio; ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da; SAAD, Amauri Feres (Coordenadores). *Direito administrativo e liberdade: estudos em homenagem a Lúcia Valle Figueiredo*. São Paulo: Malheiros, 2014, p. 273-288.

⁴ GABARDO, Emerson. *Princípio constitucional da eficiência administrativa*. São Paulo: Dialética, 2002, p. 21.

⁵ GABARDO, Emerson. *Princípio constitucional da eficiência administrativa*, op. cit., p. 21.

Ainda segundo Irene Patrícia Nohara, um “administrador eficiente é aquele que consegue produtos mais elevados (resultados, produtividade, desempenho) em relação aos insumos (mão de obra, material, dinheiro, máquinas e tempo)”.⁶

Por sua vez, eficácia seria “a capacidade de fazer as coisas certas”, tendo “o foco mais direcionado para os resultados”, o que a difere da eficiência.⁷

E a efetividade “significa, para a organização, o impacto, isto é, os efeitos de seus programas no ambiente”.⁸

Finaliza a conceituação, apontando que “só a eficácia é um conceito de apuração mais singela, pois tanto a eficiência como a efetividade devem acoplar em seus sentidos dimensões de proporcionalidade em função dos fins que queiram alcançar”.⁹

Ao tratar da eficiência, em tese de doutorado sobre a cooperação jurídica internacional em matéria penal, concluiu-se que:

Com efeito, ainda, as três expressões serão empregadas segundo o sentido adotado na Ciência Econômica e na Administração, em que o resultado constitui o critério de diferenciação. Na realidade, tanto a Teoria Geral do Direito, como o Direito Administrativo e o Direito Constitucional, não diferenciam as expressões, ora tratando-as como sinônimas, ora associando-as com a validade formal das normas, o que não é suficiente para o objetivo do estudo.

Assim, por eficiência entender-se-á a aptidão para um resultado; por eficácia entender-se-á a obtenção do resultado; por efetividade entender-se-á a qualidade externa que se projeta para além do resultado.¹⁰

Apesar dessa conclusão, no movimento da administração científica, como nos ensina Antônio César Amaru Maximiniano:

O entendimento da eficiência como medida de desempenho associada ao uso dos recursos é convenção moderna, cristalizada na transição para o século XXI, com o movimento da administração científica. Os participantes do movimento também não se preocuparam em definir eficiência operacionalmente, usando-a como noção autoexplicativa ou óbvia.¹¹

⁶ NOHARA, Irene Patrícia. *Reforma administrativa e burocracia: impacto da eficiência na configuração do direito administrativo brasileiro*, op. cit., p. 192.

⁷ NOHARA, Irene Patrícia. *Reforma administrativa e burocracia: impacto da eficiência na configuração do direito administrativo brasileiro*, op. cit., p. 192.

⁸ NOHARA, Irene Patrícia. *Reforma administrativa e burocracia: impacto da eficiência na configuração do direito administrativo brasileiro*, op. cit., p. 195.

⁹ NOHARA, Irene Patrícia. *Reforma administrativa e burocracia: impacto da eficiência na configuração do direito administrativo brasileiro*, op. cit., p. 195.

¹⁰ BECHARA, Fábio Ramazzini. *Cooperação jurídica internacional em matéria penal: eficácia da prova produzida no exterior*. São Paulo, 2009, 198 f. Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Direito. Área de Concentração: Direito Processual – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.

¹¹ MAXIMINIANO, Antonio Cesar Amaru; NOHARA, Irene Patrícia. *Gestão pública: abordagem integrada da Administração e do Direito Administrativo*. São Paulo: Atlas, 2017, p. 236.

Como se vê, a eficiência não é própria do modelo gerencial, existindo no ordenamento jurídico muito anos antes da Reforma Administrativa dos anos de 1990, bem como não é uma exclusividade do administrador privado, uma vez que é inerente ao direito fundamental à boa administração, como nos ensina Juarez Freitas.¹²

Feitas essas considerações sobre a eficiência, passaremos a examinar outro ponto da reforma que nos interessa, que é a atuação das organizações sociais em atividades não exclusivas, mas de interesse da cidadania, como o serviço de saúde.

2 Serviço de saúde e organizações sociais no Brasil

Outro ponto da reforma que merece destaque é o que se chamou de “publicização”, que seria o repasse para o setor não estatal da execução de serviços públicos subsidiados pelo Estado, como educação, saúde, cultura e pesquisa científica, em regime de parceria, com financiamento estatal e mecanismos de controle pela sociedade.

Nas palavras de Irene Patrícia Nohara, a “publicização” foi:

[...] a transformação das atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo, com direito ao acesso à dotação orçamentária.

O controle das organizações sociais foi previsto para ser realizado sobretudo pela sociedade, por meio dos conselhos de administração. O Estado continuaria a financiar tais instituições, que podem ser, minoritariamente, incentivadas por compras ou doações.¹³

E tais entidades, ao que tudo indica, têm o mesmo problema de uso dos recursos públicos das antigas fundações.

A pretexto de eficiência, as organizações sociais foram encarregadas de prestar os serviços não exclusivos do Estado, dentre eles, que nos interessa neste artigo, o serviço de saúde.

E o modelo das organizações sociais, conforme discorreu Tarso Cabral Violin em sua dissertação de Mestrado, é inspirado nas políticas neoliberais de Margaret Thatcher e nas QUANGOS (*quasi-non governmental organizations*) do Reino Unido,

¹² FREITAS, Juarez. *Discricionariedade administrativa e o direito fundamental à boa administração pública*. 2ª ed. São Paulo: Malheiros, 2009, p. 22.

¹³ NOHARA, Irene Patrícia. *Reforma administrativa e burocracia: impacto da eficiência na configuração do direito administrativo brasileiro*, op. cit., p. 85.

que gerenciam hospitais, no âmbito da saúde, o que será analisado no próximo tópico.¹⁴

No Brasil, os contratos de gestão com as organizações sociais recebem críticas, dentre outros fatores, pela falta de controle dos recursos públicos empregados.

Nas duas décadas de vigência da lei que regulamenta tais parcerias, não foram poucas as investigações, em todos os níveis da federação, sobre o prejuízo ao erário.

Em São Paulo, o modelo tem apresentado melhores resultados, conforme artigo com levantamento quantitativo e qualitativo dos atendimentos,¹⁵ pois há uma lei estadual regendo a matéria, que não tem os mesmos vícios de controle deficiente da lei federal, como nos alertou Maria Sylvania Zanella Di Pietro, ainda na época da edição de tais diplomas legais.¹⁶

Entretanto, a crise fiscal pela qual passa o Estado tornou evidente outro problema das parcerias: a substituição do público pelo particular.

Nesse passo, consta notícia no *site* do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro de ajuizamento de ação para que seja condenado o Estado a reestruturar as carreiras de saúde, na forma do modelo burocrático, reprovando o desvirtuamento dos contratos de gestão que só esvaziaram o quadro profissional nessa área.¹⁷

E a crise financeira, com a falta de repasses pelo Estado, também compromete a prestação do serviço de saúde realizada pelas organizações sociais, como se tem noticiado pela imprensa no Município do Rio de Janeiro, por exemplo.

Entretanto, há indicativos de que a atuação do particular é substitutiva ao do Estado e não complementar como deveria ocorrer em tais parcerias, sendo esta outra crítica da doutrina sobre a forma como a atuação das organizações sociais foi concebida.

Recentemente, houve a interdição do Hospital Santa Marcelina, na Zona Leste da Cidade de São Paulo, administrado pela Casa de Saúde Santa Marcelina. Os agentes da Vigilância Sanitária Estadual apontaram a superlotação e a falta de equipe para o atendimento de saúde da população como motivo para a medida extrema.¹⁸

¹⁴ VIOLIN, Tarso Cabral. *Uma análise crítica do ideário do "terceiro setor" no contexto neoliberal e as parcerias entre a administração pública e sociedade civil organizada no Brasil*. Curitiba, 2006, 241 f. Mestrado no Curso de Pós-Graduação em Direito – Universidade Federal do Paraná.

¹⁵ IBANEZ, Nelson *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200009&lng=en&nrm=iso. Access on: 21 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200009>.

¹⁶ DI PIETRO, Maria Sylvania Zanella. *Parcerias na Administração Pública*. São Paulo: Atlas, 1996.

¹⁷ Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.mprj.mp.br/documents/20184/226192/MPRJ_ajuiza_RH_SUS.pdf. Acessado em: 21 nov. 2017.

¹⁸ Disponível em: <http://gehosp.com.br/2017/12/06/hospital-santa-marcelina-interditado/>. Acessado em: 12 dez. 2017.

Tal ocorrência dá conta de que o particular presta o serviço à população, mas que o Estado não se desincumbe de atuar diretamente no serviço de saúde em conjunto com o particular, numa autêntica parceria, pois, do contrário, a deficiência que se quis evitar com a reforma repetir-se-á.

Além disso, o cidadão não pode ser tratado meramente como cliente, o que é criticado por Tarso Cabral Violin, que cita outras doutrinadoras:

Maria Paula Dallari Bucci critica a idéia do cidadão como cliente da Administração, na medida em que esta contribui para enfraquecer o sentimento da Administração como coisa pública, gerida pelos integrantes da coletividade e para a realização dos seus interesses. Segundo ela, dá a idéia de cliente consumidor, cujo direito decorre de sua condição de contribuinte, idéia corrente nos Estados Unidos. A autora defende que qualquer ação da Administração é devida para atender um interesse coletivo, independentemente de quem seja seu financiador; e por isso sustenta o termo 'cidadão'. Cármen Lúcia Antunes Rocha também critica o Estado que não busca o bem comum, que almeja o lucro, que vê os cidadãos como clientes, que não são livres para querer suas demandas, mas o que é a conveniência do mercado.¹⁹

Como se vê, o regime jurídico público, com o rigor que lhe é peculiar e necessário, não pode ser afastado sob o pretexto de eficiência, pois, o que se quer, na verdade, é a transferência do serviço ao particular, com a redução de custos, mas o que nem sempre redundava em menores custos, até porque o serviço de saúde não prescinde de investimentos em tecnologia, pesquisa e prevenção, como será visto nos próximos tópicos.

Outro fator que é lembrado por Eugênio Mendes é de que o Brasil está abandonando o modelo constitucional da universalização, inspirado no sistema de saúde britânico (NHS), com o modelo da segmentação, do qual os Estados Unidos da América são um bom exemplo, ressaltando que “o sonho da universalização vem se transformando no pesadelo da segmentação”.²⁰

Com isso, analisaremos e compararemos os dois sistemas que influenciam o SUS.

¹⁹ VIOLIN, Tarso Cabral. Da Administração Pública patrimonialista à Administração Pública gerencial e a burocracia. *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 7, n. 30, p. 225-247, out./dez. 2007.

²⁰ MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, vol. 27, n. 78, São Paulo, 2013. Entrevista concedida a Samir Salman. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 28 jan. 2019.

3 Sistema de saúde do Reino Unido: inspiração para o SUS brasileiro

O sistema de saúde que nos serve de modelo foi criado em 1948, após o fim da Segunda Guerra Mundial, chamado de *National Health Service* (NHS).

Trata-se de sistema público, universal e gratuito, baseado em qualidade, inovação, produtividade e prevenção (QIPP), cuja receita é proveniente de tributos e com previsão orçamentária fixa.

Como nos explica o médico Thomas John Scanlon, em entrevista de vídeo produzida pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre,²¹ a ideia do sistema foi de políticos e não contava com o apoio dos médicos, inicialmente. A ideia era de assistência à saúde “do berço até o sepulcro”, sem contraprestação.

Na base do sistema está um médico generalista ou de família, que cuida de aproximadamente 1.700 pessoas, que são chamados de *general practioners* e responsáveis por 80% dos atendimentos e dos tratamentos. Em contrapartida, os hospitais respondem por 20% dos atendimentos. Acima desses profissionais, há os CCG – *Clinical Commissioning Groups* –, que são espécies de secretarias de saúde locais, em número aproximado de 300. Há, ainda, o NICE, que é um ente responsável por analisar a literatura médica, avaliar medicamentos, traçando diretrizes, recomendações e também regras aos hospitais e aos médicos, o que entre nós se assemelha às atribuições da ANVISA. A remuneração dos serviços depende de indicadores de qualidade e o sistema de saúde cobre quase a totalidade da população britânica, que não é obrigada ao tratamento e também pode deixar de utilizar a rede pública, pois há uma rede privada.

Ainda no referido vídeo, é informado que o Reino Unido gasta de 7 a 8% do PIB com saúde, enquanto, no Brasil, a despesa é de 4% do PIB.

Nesse passo, segundo informações da Organização Mundial de Saúde, o Brasil gasta anualmente de 300 a 1.000 dólares por pessoa, enquanto o Reino Unido investe de 1.000 a 5.000 dólares norte-americanos.

A diferença é expressiva se levarmos em conta que a população do Reino Unido é de 64 milhões de pessoas e no Brasil há mais de 207 milhões de habitantes, ou seja, mais de três vezes, e que quase a totalidade da população britânica utiliza o serviço público de saúde; sabemos que o serviço público, no Brasil, é evitado por quem pode pagar por um plano de saúde.

²¹ HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *O SUS e o sistema de saúde da Inglaterra: semelhanças e diferenças*. Porto Alegre: 09 de dezembro de 2015, duração de 13 minutos e 16 segundos. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uL7B-5uRnxQ>. Acessado em: 21 nov. 2017.

O médico ouvido pelos profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos termos do vídeo citado, acredita que o tamanho do sistema brasileiro é um problema.

Entretanto, não é só este o desafio. Pelo detalhamento oferecido do sistema britânico, nota-se que o atendimento básico é privilegiado, com controle do prontuário dos usuários, evitando-se o uso dos hospitais, que, sabidamente, ficam lotados com casos de pouca complexidade no sistema brasileiro.

A educação em saúde também deve ser ressaltada. Em países mais desenvolvidos, as pessoas são instruídas a ter cuidados preventivos, o que não é atenção dos governantes locais.

Esses cuidados preventivos e prévios, sem dúvida, reduzem o custo e facilitam o controle do tipo de doenças e as políticas públicas de saúde.

Nesse passo, no Reino Unido, também conforme a OMS, há problemas de alcoolismo, o que já preocupa as autoridades britânicas e sobrecarrega o sistema com atendimentos emergenciais.

Além disso, a introdução de estratégias de mercado nesse sistema, que possibilitam a escolha aos usuários, promovendo uma competição entre os hospitais, traz preocupação, tendo sido concluído em estudo que:

While we did find that competition improved providers' productivity, we also found that that there is a real risk that hospital competition between public and private providers and between general hospitals and specialty surgical centers can lead to risk segmentation, with large incumbent hospitals at risk of inheriting a riskier patient case mix who are more costly to treat. This, in and of itself, may not reduce social welfare.²²

Vê-se que não se trata de um sistema perfeito, mas, como foi um modelo para nós, é preciso notar que estamos longe de alcançar a mesma eficiência, que, repita-se, não está na atuação conforme a iniciativa privada, mas na eficiência e no controle pelo Poder Público não só de receitas e de despesas, como também dos dados de saúde pública refletidos nas informações sobre os atendimentos.

4 Contraponto: sistema de saúde dos Estados Unidos da América

Como nos ensinam José Carlos de Noronha e Maria Alicia Domínguez Ugá, o serviço de saúde sempre foi visto como um problema de caráter individual. Apenas

²² COOPER, Zack; GIBBONS, Stephen; JONES, Simon; McGUIRE, Alistair. Does Competition Improve Public Hospitals' Efficiency? Evidence from a Quasi-Experiment in the English National Health Service. *Centre for Economic Performance*. No. 988, February 2012.

os muito pobres eram assistidos por instituições de caridade, quando, então, hospitais privados começaram a atender população carente e a receber subsídios e isenção fiscal por isso, passando a ter a natureza não lucrativa.²³

Continuam os citados autores a discorrer sobre o surgimento de organizações empresariais no âmbito da assistência médico-hospitalar, com empresas contratando planos de saúde para seus empregados.

Após a Grande Depressão, fortaleceu-se a medicina de grupo e os seguros-saúde, regidos por cada Estado da Federação, surgindo a figura do *Blue Cross*.

As negociações coletivas entre empregadores e sindicatos ganharam força após a Segunda Guerra Mundial, contando a maior parte dos trabalhadores com planos de saúde.

Kennedy, na década de 1960, propôs uma reforma no sistema, com o seguro de saúde obrigatório.

Entretanto, foi seu sucessor, Lyndon Johnson, quem esteve à frente da reforma mais significativa, com a criação de dois programas: o *Medicare* e o *Medicaid*. O primeiro é um seguro social de responsabilidade do governo. Por sua vez, o segundo tem um caráter assistencialista e é destinado a pessoas muito pobres, com serviços prestados por hospitais privados contratados pelos governos estaduais. O *Medicare*, por seu turno, é mantido pelo governo federal e destinado aos aposentados, seus dependentes e portadores de doença renal crônica, sendo que os serviços também são prestados por hospitais privados e organizações de medicina de grupo, chamadas de *managed health care*, como as *Health Maintenance Organizations* (HMOs) e as *Preferred Providers Organizations* (PPOs).

O sistema do *Medicare* é custeado pelo segurado, recursos fiscais e descontos em folhas de pagamento, lembrando-se que a cobertura básica e obrigatória é referente às despesas com hospitalização, sendo os honorários médicos suportados pelo segurado.

Bill Clinton promoveu uma universalização e ênfase às medidas preventivas, conseguindo apoio para aprovação da *The American Health Security Act*.

Durante o governo Clinton, a despesa com saúde consumia entre 17 e 18% do PIB, muito mais do que o Reino Unido e o Brasil juntos.

Mais recentemente, foi aprovado o *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), em 23.03.2010, conhecido como Obamacare, que, em linhas gerais, aumentou a faixa de beneficiários do *Medicaid* (pessoas pobres) e foi possibilitado o recurso a subsídios federais àqueles que recebem até quatro vezes o valor considerado de linha da pobreza; as empresas pequenas, com mais de 50 (cinquenta) empregados, foram obrigadas a contratar planos de saúde para seus

²³ BUSS, PM., and LABRA, ME. (Orgs.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Available from SciELO Books: <http://books.scielo.org>.

empregados; a medida mais polêmica foi a obrigatoriedade de contratação de seguro saúde por todos os cidadãos, sob pena de pagamento de multa.²⁴

Lembre-se que as medidas foram tomadas após a crise financeira de 2008, no início do governo Obama, e consideradas excessivamente intervencionistas, em sociedade em que a questão da saúde é considerada um problema individual, como inicialmente exposto.

Pelo que foi abordado e pelos dados apontados no artigo mencionado, a iniciativa privada presta a maior parte do serviço público de saúde, mas os custos são elevados e, mormente, arcados pelo contribuinte.

Isso porque o Poder Público legisla na matéria, impondo atendimentos em diversas circunstâncias, o que encarece o valor das apólices, já que a iniciativa privada atua por regras de mercado.

Paradoxalmente, o livre mercado convive com a intervenção do Estado na área de saúde, o que torna o sistema oneroso. Voltando aos dados da OMS, os Estados Unidos da América gastam mais de 5.000 dólares por pessoa com seu sistema de saúde. É certo que a população é de mais de 300 milhões de pessoas, o que representa quase cinco vezes a população do Reino Unido. Entretanto, não se justifica a despesa *per capita* se for considerado que o sistema é basicamente privado, mantido por seguradoras, empresas em favor de seus empregados, e também pelos segurados, que arcam com altos prêmios de seguros.

Estudo sobre as formas de financiamento do serviço de saúde nos Estados Unidos da América foi conclusivo no sentido de que a utilização de receita tributária é benéfica às classes mais altas e também aos membros da classe média, assim como não produz prejuízos aos mais pobres, sendo desvantagem apenas aos mais velhos, a saber:

Our results also show that the financing approach used can have important implications for the distribution of the costs and benefits of health-care reform. Both full tax finance and a mandate-with-tax-credit plan create gains for the poorest members of society. However, for the highest income groups, full tax finance leads to losses that are sometimes several times as large as the losses that they suffer under the mandate with tax credit. On the other hand, the lower-middle-income groups fare much more poorly under the mandate with tax credit. Some of these groups suffer losses under that approach, while experiencing gains if full tax finance is used. In our simulations, the elderly are assumed not to receive any additional health insurance, but they are assumed to bear some of the costs. Thus, the elderly lose in all of our simulations. However, their losses are much smaller under the mandate approach than with full tax finance.²⁵

²⁴ BBC. US & Canada. *Why is Obamacare so controversial?* 13.07.2017. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-us-canada-24370967>. Acessado em: 21 nov. 2017.

²⁵ BALLARD, Charles L.; GODDEERIS, John H. Financing universal health care in the United States: a general equilibrium analysis of efficiency and distributional effects. *National Tax Journal*. n. 52, p. 31-51, 1999.

Outro estudo, que comparou a performance na área de saúde de seis países desenvolvidos, dentre eles os Estados Unidos da América, tomando por base informações dos usuários dos serviços, apontou que:

The United States often stands out with high medical errors and inefficient care and has the worst performance for access/cost barriers and financial burdens. In contrast, Germany often ranks high for timely access. Yet no country is consistently worst or best across all dimensions included in the survey. Performance deficiencies indicate the shared challenges countries face as they seek to redesign twenty-first-century systems to provide safer and more effective, responsive, and efficient care and increase the value of society's investment in health care.²⁶

Assim, considerando que a eficiência visa resultado e desempenho, bem como uma proporcionalidade entre custos e benefícios, não parece que a gestão inspirada na iniciativa privada é cabível em todos os serviços do Estado, mormente neste de saúde, o que parece um modelo a ser repensado, principalmente, no caso das organizações sociais brasileiras acima mencionadas.

5 Relatório do Banco Mundial e da Organização Mundial de Saúde

No dia 13 de dezembro de 2017, em Tóquio, foi divulgado relatório trazendo dados sobre o serviço de saúde no mundo.

De acordo com o referido estudo, metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde e 800 milhões de pessoas gastam 10% do que ganham com saúde. Além disso, 10% da população é obrigada a viver com menos de US\$1.90 por dia em decorrência dos gastos com saúde.

É um dos objetivos da Organização Mundial de Saúde é estimular o investimento dos países no acesso universal a serviços de saúde, sendo um compromisso firmado pelos membros com prazo de cumprimento até 2030.²⁷

Como se vê, os dados fornecidos pelas organizações internacionais revelam o caráter público do serviço de saúde, não só porque é um direito indiscutível da

²⁶ SCHOEN, Cathy; OSBORN, Robin; HUYNH, Phuong Trang; DOTY, Michelle; ZAPERT, Kinga; PEUGH, Jordan Peugh; DAVIS, Karen. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems with six countries. *Health Affairs*. W5, p. 509-525. 2005, p. 510, Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/11/03/hlthaff.w5.509>. Acessado em: 19 dez. 2017.

²⁷ JORNAL O SUL. *Metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde apontou relatório*. 13.12.2017. Bem-estar, Brasil, Capa – Caderno 1, Notícias, Saúde. Disponível em: <http://www.osul.com.br/metade-da-populacao-mundial-nao-tem-acesso-servicos-essenciais-de-saude-apontou-relatorio/>. Acessado em: 13 dez. 2017.

pessoa humana, mas também porque representa forma de promover efetivamente a igualdade entre os homens.

Por isso, não se pode tratar as questões de saúde com base em regras de mercado, desestruturando o sistema de saúde público que não poderá ser substituído pelo particular e nem pelas regras de mercado.

Também não se pode admitir o discurso da eficiência apenas para justificar a redução de custos em detrimento da qualidade na prestação de serviços, como alertou Christopher Stone, em conferência.²⁸

E mais: as estratégias privatizantes estão se dirigindo em sentido contrário ao interesse público, como se pode concluir do referido relatório.

Conclusão

Este artigo teve por finalidade demonstrar, por meio de comparação com os sistemas de saúde de dois países do *common law*, que a utilização de mecanismos de gestão da iniciativa privada nem sempre alcança a eficiência, que pode ser conseguida com a atuação direta do Estado em alguns setores, principalmente naqueles que garantem o exercício dos direitos sociais pela cidadania.

Longe de eleger o melhor modelo, pois todos têm seus problemas, buscou-se mostrar como o Reino Unido continua a gerir o sistema de saúde basicamente como foi concebido após a Segunda Guerra Mundial, com a utilização de recursos públicos, prestando o serviço praticamente de forma gratuita (há pequena participação dos usuários em medicamentos, por exemplo) e que a satisfação com o serviço parece ser alta, uma vez que alcança mais de 80% do povo britânico, que tem a opção de serviços privados de saúde, apesar de seu sistema, que é considerado dos melhores do mundo.

Por sua vez, o Brasil, que adotou o modelo britânico na construção do Sistema Único de Saúde garantido na Constituição Federal de 1988, no embalo da redemocratização do país, corre o risco de retroceder na oferta dos serviços públicos de saúde em contratos de gestão com organizações sociais, cujas execuções não são devidamente fiscalizadas pelo Poder Público, possibilitando o desvio de recursos públicos, corrupção e prejuízo à qualidade do serviço, como se tem observado, em prejuízo do atendimento de saúde da população.

Nesse passo, o modelo norte-americano demonstra que as regras de mercado não conseguem regular o sistema de saúde e que a intervenção meramente regulatória tem tido um alto custo à sociedade norte-americana, seja por meio de

²⁸ STONE, Christopher. When efficiency is code for 'cuts'. *The Lamp*, vol. 70, p. 28, 2013. Disponível em: <http://www.nswnma.asn.au/when-efficiency-is-code-for-cuts/>. Acessado em: 19 dez. 2017.

maior carga tributária, seja pelo preço elevado das apólices de seguro, já que há uma lógica de mercado na fixação do preço do serviço.

Além disso, o acima referido estudo das organizações internacionais sobre a prestação de serviço de saúde no mundo aponta uma tendência de universalização e não de segmentação dos sistemas, sendo, do ponto de vista econômico, necessário aos Estados que invistam na saúde de qualidade, que é um direito humano, e está amplamente relacionado com o desenvolvimento sustentável e, por conseguinte, com a Agenda 2030.

Por outro lado, as novas tecnologias e o avanço da ciência tornam elevado o custo do investimento em saúde, principalmente, aos Estados que estão às voltas com ajustes fiscais.

Entretanto, a prevenção e o estudo constante do perfil de saúde da população são práticas de menor custo e de maior efetividade.

Especificamente no caso do Brasil, a dificuldade está em administrar um sistema universal com população e território maiores do que no Reino Unido. Contudo, há dificuldades com os sistemas da Escócia e da Irlanda do Norte, que não apresentam os mesmos resultados do inglês. Tal fato não enfraquece o sistema de saúde e nem traz a necessidade de que seja adaptado ao modelo norte-americano, onde o aumento dos custos preocupa há décadas, pois cada vez mais grupos precisam da assistência do Estado.

Por isso, além da União, dos Estados e dos Municípios e das parcerias com os atores privados, a universalidade deve ser preservada, criando-se mecanismos de coordenação regionais, aproveitando-se as características e peculiaridades de cada uma das cinco regiões do país, fortalecendo-se os serviços de prevenção e que seja articulada a distribuição para tratamentos hospitalares.

No exemplo do Reino Unido, nota-se a necessidade de atendimento em consultórios ou clínicas antes que se decida pelas internações ou encaminhamento aos hospitais. Essa é uma demanda antiga dos profissionais de saúde no Brasil, pois os hospitais recebem público que poderia ser atendido em postos de saúde. Isso depende mais de campanhas de conscientização da população, de um sistema informatizado e devidamente articulado, bem como atendimento de qualidade na assistência básica de saúde.

Como se vê, a solução para as deficiências na prestação de serviços não está totalmente na inserção de práticas de gestão privada, mas sim no planejamento das ações de saúde, na prestação de assistência básica de qualidade, na articulação entre os entes federativos, na redução das distâncias e das diferenças entre as regiões com um tratamento mais específico para cada uma delas, ou seja, que o mandamento constitucional da universalização, apesar dos desafios que traz, seja observado com zelo, evitando-se retrocessos no direito social.

Referências

- ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na administração pública. *Cadernos Enap*. Brasília, n. 10, p. 7, 1997.
- BBC NEWS – US & CANADA. *Why is Obamacare so controversial?* 13.07.2017. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-us-canada-24370967>. Acessado em: 21 nov. 2017.
- BALLARD, Charles L.; GODDEERIS, John H. Financing universal health care in the United States: a general equilibrium analysis of efficiency and distributional effects. *National Tax Journal*. n. 52, p. 31-51, 1999.
- BANCO MUNDIAL, OMS e OCDE. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Junho de 2018. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29970>. Acessado em: 28 jan. 2019.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. *Discricionariedade e controle jurisdicional*. 2ª ed. 10ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2010.
- BATE, S.P.; ROBERT, G. Knowledge Management and communities of practice in the private sector: lessons for modernizing the National Health Service in England and Wales. *Public Administration*, vol. 80, n. 4, 2002, p. 643-663. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9299.00322>. Acessado em: 28 jan. 2019.
- BECHARA, Fábio Ramazzini. *Cooperação jurídica internacional em matéria penal: eficácia da prova produzida no exterior*. São Paulo, 2009, 198 f. Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Direito. Área de Concentração: Direito Processual – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.
- BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: www.mprj.mp.br. Acessado em: 21 nov. 2017.
- BUSS, PM., and LABRA, ME. (Orgs.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Disponível em SciELO Books: <http://books.scielo.org>.
- CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de; FIGUEROA, Rodrigo Ochoa. Breve ensaio sobre o consensualismo na Administração Pública e o contraponto entre o modelo burocrático e responsável (“gerencial”). *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 13, n. 51, p. 187-203, jan./mar. 2013.
- COOPER, Zack; GIBBONS, Stephen; JONES, Simon; McGUIRE, Alistair. Does Competition Improve Public Hospitals’ Efficiency? Evidence from a Quasi-Experiment in the English National Health Service. *Centre for Economic Performance*. No. 988, February 2012.
- DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Parcerias na Administração Pública*. São Paulo: Atlas, 1996.
- DIXON-WOODS, Mary e outros. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ – Journal of Epidemiology & Community Health*, 2014, p. 106-115. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/2/106.full.pdf>. Acessado em: 28 jan. 2019.
- ENTHOVEN, Alain C. Internal market reform of the British National Health Service. *Health Affairs*, vol. 10, n. 3, 1991, p. 60-70. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.10.3.60>. Acessado em: 28 jan. 2019.
- ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. *National Center for Health Statistics*. Health, United States, 2016. With Chartbook on Long-term Trends in Health. Maio de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK453378/>. Acessado em: 28 jan. 2019.
- FREITAS, Juarez. *Discricionariedade administrativa e o direito fundamental à boa administração pública*. 2ª ed. São Paulo: Malheiros, 2009.
- FREITAS, Juarez. *O controle dos atos administrativos e os princípios fundamentais*. 5ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Malheiros, 2013.

GABARDO, Émerson. *Princípio constitucional da eficiência administrativa*. São Paulo: Dialética, 2002.

GROTTI, Dinorá Adelaide Musetti. “Eficiência administrativa: alargamento da discricionariedade acompanhado do aperfeiçoamento dos instrumentos de controle e responsabilização dos agentes públicos – um paradigma possível?”. In: BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio; FERRAZ, Sérgio; ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da; SAAD, Amauri Feres (Coordenadores). *Direito administrativo e liberdade: estudos em homenagem a Lúcia Valle Figueiredo*. São Paulo: Malheiros, 2014, p. 273-309.

GUEST, Julian F. e outros. Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open*, 2015, p. 1-8. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/12/e009283.full.pdf>. Acessado em: 28 jan. 2019.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *O SUS e o sistema de saúde da Inglaterra: semelhanças e diferenças*. Porto Alegre: 09 de dezembro de 2015, duração de 13 minutos e 16 segundos. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uL7B-5uRnxQ>. Acessado em: 21 nov. 2017.

IBANEZ, Nelson *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200009&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 21 nov. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200009>.

JORNAL O SUL. *Metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde apontou relatório*. O Sul. 13.12.2017. Bem-estar, Brasil, Capa – Caderno 1, Notícias, Saúde. Disponível em: <http://www.osul.com.br/metade-da-populacao-mundial-nao-tem-acesso-servicos-essenciais-de-saude-apontou-relatorio/>. Acessado em: 13 dez. 2017.

LE GRAND, Julian. Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service. *Health Affairs*. Vol. 18, n. 3, maio-junho de 1992, p. 27-39. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.18.3.27>. Acessado em: 28 jan. 2019.

LEAL, Rogério Gesta. Densificações democráticas do serviço público no Brasil: alguns pressupostos. *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 8, n. 33, p. 91-113, jul./set. 2008.

MARMOR, Theodore; OBERLANDER, Jonathan; WHITE, Joseph. The Obama Administration’s options for health care cost control: hope versus reality. *Annals of Internal Medicine*, 2009, p. 485-489. Disponível em: <https://annals.org/aim/fullarticle/744428>. Acessado em: 28 jan. 2019.

MARTINS, Ricardo Marcondes. Teoria das contrafações administrativas. *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 16, n. 64, abr./jun. 2016.

MAXIMINIANO, Antonio Cesar Amaru; NOHARA, Irene Patrícia. *Gestão pública: abordagem integrada da Administração e do Direito Administrativo*. São Paulo: Atlas, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, vol. 27, n. 78, São Paulo, 2013. Entrevista concedida a Samir Salman. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 28 jan. 2019.

MILNE, Robin; TORSNEY, Ben. The efficiency of administrative governance: The experience of the pre-reform British National Health Service. *Journal of Comparative Economics*, San Diego, vol. 24, Iss 2, p. 161-180, apr 1997.

MOURA, Emerson Affonso da Costa. Estado gerencial, regulação econômica e serviços públicos – O papel das agências na promoção do desenvolvimento. *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 14, n. 57, p. 193-217, jul./set. 2014.

NOHARA, Irene Patrícia. Contrato de gestão para ampliação da autonomia gerencial: case jurídico de malogro na importação e novas formas de se alcançar maior eficiência na gestão pública. *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 14, n. 55, p. 169-185, jan./mar. 2014.

NOHARA, Irene Patrícia. *Reforma administrativa e burocracia: impacto da eficiência na configuração do direito administrativo brasileiro*. São Paulo: Atlas, 2012.

OBAMA, Barack. United States Health Care reform: progress to date and next steps. *JAMA Network*. 02.08.2016, p. 525-532. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533698>. Acessado em: 28 JAN. 2019.

PEREIRA, Roberta Massa B. *Hospital Santa Marcelina é interditado pela Vigilância Sanitária*. GEHOSP. 06.12.2017. Disponível em: <http://gehosp.com.br/2017/12/06/hospital-santa-marcelina-interditado/>. Acessado em: 12 dez. 2017.

POÇONI, Maykel. A atuação do controle interno da administração pública na fiscalização das organizações sociais de saúde. São Paulo, 2017, 122 f. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/3343>.

OLIVER, Adam. The English National Service: 1979-2005. *Health Economics*, vol. 14, 2005, p. 75-99. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hec.1029>. Acessado em: 28 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: www.who.int. Acessado em: 21 nov. 2017.

REZENDE, Flávio da Cunha. O dilema do controle e a falha sequencial nas reformas gerenciais. *Revista do Serviço Público*, ano 52, nº 3, p. 62, jul.-set./2002.

SCHOEN, Cathy; OSBORN, Robin; HUYNH, Phuong Trang; DOTY, Michelle; ZAPERT, Kinga; PEUGH, Jordan Peugh; DAVIS, Karen. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems with six countries. *Health Affairs*. W5, p. 509-525. 2005, Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/11/03/hlthaff.w5.509>. Acessado em: 19 dez. 2017.

STONE, Christopher. When efficiency is code for 'cuts'. *The Lamp*, vol. 70, p. 28, 2013. Disponível em: <http://www.nswnma.asn.au/when-efficiency-is-code-for-cuts/>. Acessado em: 19 dez. 2017.

SUN, Daxin; AHN, Haksoon; LIEVENS, Tomas; ZENG, Wu. Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: an analysis of 173 countries. *PLoS One*. San Francisco, vol. 12, Iss 3, março/2017.

VIOLIN, Tarso Cabral. Da Administração Pública patrimonialista à Administração Pública gerencial e a burocracia. *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 7, n. 30, p. 225-247, out./dez. 2007.

VIOLIN, Tarso Cabral. *Terceiro setor e as parcerias com a administração pública: uma análise crítica*. Prefácio de Romeu Felipe Bacellar Filho e Carlos Montañó. 3ª ed. Belo Horizonte: Fórum, 2015.

VIOLIN, Tarso Cabral. *Uma análise crítica do ideário do “terceiro setor” no contexto neoliberal e as parcerias entre a administração pública e sociedade civil organizada no Brasil*. Curitiba, 2006, 241 f. Mestrado no Curso de Pós-Graduação em Direito – Universidade Federal do Paraná.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

BECHARA, Fábio Ramazzini; COSTA, Fernanda Soraia Pacheco. Eficiência na prestação de serviços de saúde: experiência brasileira do modelo gerencial e comparativo com os países da *common law*. *A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional*, Belo Horizonte, ano 19, n. 75, p. 65-82, jan./mar. 2019.
