



Mestrado em Gestão Administração Pública

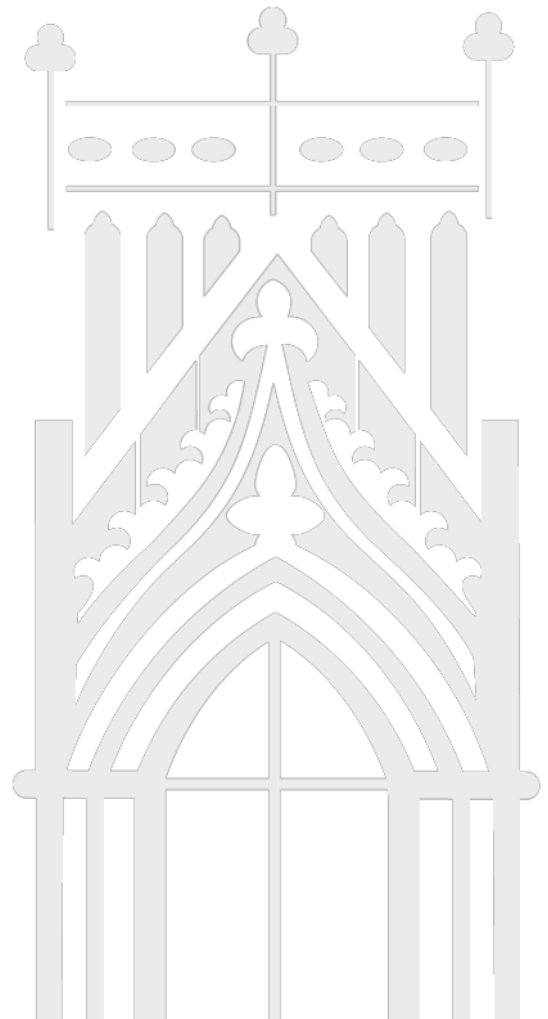
Parcerias Público-Privadas em Portugal:
Análise de três casos de estudo.

João Filipe Galveias Copeto

julho | 2020



Escola Superior
de Tecnologia e Gestão





Escola Superior de Tecnologia e Gestão

Instituto Politécnico da Guarda

PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS EM
PORTUGAL:
ANÁLISE DE TRÊS CASOS DE ESTUDO

JOÃO FILIPE GALVEIAS COPETO

PROJETO APLICADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
GESTÃO, RAMO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

julho de 2020

“I am quite aware that it is necessary for the success of any complex undertaking that one man should do the thinking and directing and in general bear the responsibility.”

(Albert Einstein)

Ficha técnica

Discente: João Filipe Galveias Copeto

Número de Matrícula: 1011771

Estabelecimento de Ensino: Escola Superior de Tecnologia e Gestão

Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado: Gestão – Administração Pública

Docente Orientadora: Doutor Constantino Rei

Início de Projeto: 23 de setembro de 2019

Conclusão de Projeto: 01 de julho de 2020

Resumo

No âmbito do projeto aplicado do Mestrado de Gestão - Administração Pública, a presente investigação debruçar-se-á sobre as Parcerias Público-Privadas no setor da saúde.

A Parceria Público-Privada, resulta da parceria entre duas ou mais partes, que concordam em trabalhar em cooperação para alcançar um objetivo conjunto ou compatível. Assim existe autoridade e responsabilidade divididas, recursos conjuntos para investimento, passivo, assunção de riscos e ganhos partilhados.

Este trabalho, pretende dar a conhecer como decorreram as Parcerias Público-Privadas no setor da saúde, nomeadamente nos Hospitais de Braga, Vila Franca de Xira e Loures, e deste modo deprender os problemas inerentes a cada parceria, as negociações entre o parceiro privado e o parceiro público, as razões para a celebração deste modelo de parceria e consequentemente o seu futuro.

Palavras Chave: Parcerias Público Privadas; Hospital de Braga, Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital de Loures.

Abstract

Within the scope of the Master of Management - Public Administration thesis, the present research will focus on Public-Private Partnerships in the health setor.

The Public-Private Partnership results from a partnership between two or more parties, who agree to work in cooperation to achieve a joint or compatible objective. Thus, there is divided authority and responsibility, joint resources for investment, liabilities, risk-taking and shared gains.

This work aims to show how the Public-Private Partnerships in the health setor took place, namely in the Hospitals of Braga, Vila Franca de Xira and Loures, and thus understand the problems inherent in each partnership, the negotiations between the private partner and the public partner, the reasons for the celebration of this partnership model and consequently its future.

Keywords: Public Private Partnerships; Braga Hospital, Vila Franca de Xira Hospital and Loures Hospital.

Agradecimentos

Agradeço ao Instituto Politécnico da Guarda, mais particularmente à Escola Superior de Tecnologia e Gestão, a formação de excelência que me proporcionou.

Ao corpo docente do Mestrado de Gestão - Administração Pública, agradeço todo o empenho e profissionalismo.

Expresso o meu reconhecimento e gratidão ao meu orientador, Doutor Constantino Rei, pela disponibilidade, atenção dispensada e profissionalismo, nesta fase final do meu Mestrado.

Por último, mas não menos importante, aos meus pais, José e Maria e à minha namorada Catarina, pelo apoio, amizade e motivação. A todos os outros que, direta ou indiretamente, me ajudaram a atingir este objetivo.

A todos, o meu sincero obrigado!

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 1 |
| 1. Enquadramento Teórico | 4 |
| 1.1. Relevância da Investigação..... | 4 |
| 1.2. Parcerias Público Privadas..... | 8 |
| 1.2.1. O que são PPP..... | 8 |
| 1.2.2. Tipos de PPP..... | 11 |
| 1.2.3. Vantagens e desvantagens | 13 |
| 1.2.4. Fatores críticos de sucesso das PPP..... | 14 |
| 1.2.5. Como funcionam as PPP | 15 |
| 1.2.6. O risco..... | 17 |
| 1.2.7. Partilha do Risco..... | 18 |
| 2. Metodologia..... | 20 |
| 3. Casos de Estudo..... | 23 |
| 3.1. Hospital de Braga..... | 25 |
| 3.2. Hospital de Vila Franca de Xira..... | 29 |
| 3.3. Hospital de Loures | 33 |
| 3.4. Comparação | 36 |
| 3.5. Crítica..... | 44 |
| 3.6. As PPP no futuro..... | 49 |
| Conclusão | 51 |
| Referências | 53 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Quadro explicativo da Nomenclatura utilizada por Silva 2016..... | 12 |
| Figura 2 - Esquema de uma PPP de tipo DBFO baseada na disponibilidade..... | 15 |
| Figura 3 - Partidos Políticos Vencedores na Assembleia da República | 41 |
| Figura 4 - Portuguese Cabinet and Their Main PPP Activities | 43 |
| Figura 5 - Origens da Remuneração anual | 46 |

Índice de Gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1- Remuneração. EGEst do Hospital de Vila Franca de Xira | 31 |
| Gráfico 2- Produção: Caso-Base, Contratada, Realizada e Elegível do Hospital de V.F. Xira..... | 31 |
| Gráfico 3- Produção. Internamento e Ambulatório Médico e cirúrgica do Hospital de Loures | 34 |
| Gráfico 4- Remuneração EGEEd do Hospital de Loures | 35 |
| Gráfico 5- Cap. de Internamento / Número de Camas de cada Hospital..... | 37 |
| Gráfico 6- Índice de Case-Mix das PPP | 40 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Internamento e ambulatório- Produção. contratada, realizada e elegível do Hospital de Braga | 27 |
| Tabela 2- Remuneração da EGEEd do Hospital de Braga..... | 28 |
| Tabela 3- Remuneração base anual versus efetiva, EGEEd do Hospital de V. F. Xira.... | 30 |
| Tabela 4- Encargo do SNS: Modelo financeiro vs contratado Hospital Loures | 34 |
| Tabela 5- Produção Hospitais analisados | 37 |
| Tabela 6- Remuneração PPP EGEst..... | 38 |
| Tabela 7- Remunerações PPP EGEEd | 38 |

Índice de Siglas

ARS- Administração Regional de Saúde

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ARSN- Administração Regional do Norte

BOO-Build-Own-Operate (Construção, Propriedade e Operação)

DBFO-Design-Build-Financing-Operation (Projeto, Construção Financiamento Operação)

DBO-Design-Build-Operate (Projecto, Construção e Operação)

EGEd- Entidade Gestora do Edifício

EGEst- Entidade Gestora do Estabelecimento

EPC- Entidade Pública Contraente

LVT- Lisboa e Vale do Tejo

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OM-Operattion- Maintenaince (Operação e Manutenção)

PIB- Produto Interno Bruto

PPP- Parcerias Público Privadas

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SPV- *Special Purpose Vehicle*

UTAP- Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Introdução

Motivada pela escassez de recursos financeiros por parte das entidades públicas, hoje em dia é prática governamental a utilização de Parcerias Público-Privadas (PPP) para a realização de projetos, sobre o qual se necessita um esforço financeiro consideravelmente elevado. A análise da literatura referente às Parcerias Público-Privadas permite-nos obter diferentes pontos de vista que serão úteis mais à frente.

O ponto de viragem para o aumento de interesse dos governos pelas Parcerias Público-Privadas deu-se em finais da década de 90 e no início do século XXI com a iniciativa de financiamento privado, levada a cabo pelo Governo do Reino Unido.

As Parcerias Público-Privadas são vantajosas tanto para o governo como para o setor privado, e estão estabelecidas em programas nalguns países mais avançados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Para Sarmento (2013), o financiamento dos investimentos elevados e de longa duração, assim como a futura obtenção de receitas para o governo, a gestão eficaz do parceiro privado e a sua capacidade de inovar são qualidades que conduzem ao acréscimo da eficiência.

Estes fatores, que levam a um aumento da qualidade e à redução dos custos dos serviços as Parcerias Público-Privadas, são uma boa forma de rentabilizar os recursos financeiros públicos.

Este projeto aplicado tem como objetivo demonstrar princípios que deverão ser seguidos para que as Parcerias Público Privadas tenham o sucesso desejado. O tema das PPP está em constante discussão em diversas áreas da sociedade, a grande questão é quais os benefícios associados a este regime.

Será que os investimentos públicos, e os custos que as PPP têm para Estado, fazem valer os benefícios? Portugal, a nível internacional é um dos países que mais recorre às PPP e que apresenta um valor considerável de volume de investimento nestas em função do Produto Interno Bruto (PIB): cerca 20 mil milhões de euros que terão de ser pagos até 2042.¹

¹ Ribeiro, R. L. (26 de março de 2018)- *Peso das PPP nacionais no PIB é de 10,8%, o maior da União Europeia*. Obtido de Diário de Notícias

Pretende-se com este projeto aplicado, a explicação sobre o que são as PPP, os tipos, o risco associado, como lidar com o risco e como partilhá-lo, as vantagens e desvantagens deste tipo de parcerias, assim como eventuais problemas que possam ocorrer. Para tal recorreremos a um estudo empírico sobre três projetos de PPP em Hospitais no setor da saúde, nomeadamente nos Hospitais de Braga, de Vila Franca de Xira e de Loures.

A análise dos três casos de estudo (três projetos de PPP no setor da saúde) permite um melhor entendimento dos aspetos positivos bem como dos aspetos negativos, e neste sentido, encontrar formas de melhoria contínua recorrendo a uma recolha de informação das três parcerias público privadas, e conseqüente criação de uma base informativa que mais tarde permita gerar uma comparação entre PPP, e fazer uma análise crítica das mesmas.

As PPP são um desafio para a economia nacional, estas podem trazer benefícios, mas, se mal geridas e acordadas, podem trazer excesso de encargos para ambas as partes da parceria, encargos esses que são um fator de insucesso.

O incumprimento de regras e princípios apresentados no contrato, assim como a incompatibilidade nas negociações anuais de orçamentos e previsões em diversos níveis podem comprometer o sucesso das PPP e até mesmo uma utilização futura deste tipo de parcerias.

O presente estudo encontra-se dividido em três capítulos fulcrais:

- **Primeiro Capítulo** – dá a conhecer a Revisão da Literatura, na qual se insere a apresentação do tema e pertinência do seu estudo, a problemática associada à temática, objetivos (gerais e específicos) que tem como objetivo ser o fio condutor da investigação e conseqüentemente serem esclarecidos ao longo da mesma, a metodologia escolhida para a elaboração do estudo;
- **Segundo Capítulo** – pretende clarificar os conceitos essenciais do estudo, o que são as PPP, os tipos de PPP, vantagens e desvantagens, fatores críticos de sucesso das PPP, como funcionam, o risco a elas associado e, por fim, a partilha do risco das PPP.
- **Terceiros e Último Capítulo** – dedica-se a análise, comparação e crítica das PPP dos Hospitais de Braga, Vila Franca de Xira e Loures, de modo a identificar todos os aspetos relevantes da celebração dos contratos das PPP e deste modo verificar aspetos vantajosos bem como desvantajosos, e assim enumerar medidas viáveis

de modo a corrigir as lacunas identificadas. Apresenta-se ainda uma pequena nota relativamente ao futuro dos projetos de PPP, para que se evitem os mesmos erros.

Após a análise dos três casos de estudo em questão, pretende-se concluir quais os aspetos positivos e negativos inerentes à celebração destes contratos, se os mesmos constituem uma mais valia, e assim enumerar possíveis cenários futuros.

Serão também evidenciados os obstáculos que estão subjacentes nesta investigação, possíveis caminhos a seguir numa investigação semelhante e que tenha por base este estudo, de modo a valorizar a investigação.

Os objetivos são a explicação dos impactos que podem ser gerados a partir da utilização dos resultados de um projeto, ou seja, o objetivo geral, vem responder à pergunta “para que fazemos a pesquisa?”. Este ponto clarificado conduz ao “quê” e ao “como” se pretende esclarecer a(s) problemática(s) levantada(s), até mesmo as perguntas secundárias que o investigador deverá responder, encontrando-se aqui os objetivos específicos (Lamy, 2011).

O presente estudo tem como objetivo geral entender as PPP no setor da saúde em Portugal, e consequentemente elaborar uma análise que permitirá a comparação dos três projetos de PPP, identificar as vantagens e desvantagens, o tipo de contrato, as limitações, através da elaboração de uma análise relativa aos três projetos estudados, assim como aos seus contratos.

Para efeitos de operacionalização do objetivo geral, definiram-se seis objetivos específicos:

- **Objetivo 1** – Porque se recorreu ao regime de PPP em cada projeto analisado;
- **Objetivo 2** – Em que período tiveram início e término ou renovação de contrato;
- **Objetivo 3** – Identificar os fatores que dificultam as PPP;
- **Objetivo 4** – Compreender as razões pelas quais foram celebrados os contratos nos três casos de estudo, em detrimento de outras soluções;
- **Objetivo 5** – Razões pela qual foram ou não renovados os contratos de PPP;
- **Objetivo 6** – Elaboração de uma reflexão crítica de todos os aspetos mencionados ao longo dos casos de estudo, e consequentemente identificar possíveis melhorias evitando desta forma algumas das problemáticas com as quais atualmente somos confrontados.

1. Enquadramento Teórico

Neste primeiro ponto recorrer-se-á a uma pesquisa de bibliografia, de forma a ser possível enquadrar a relevância do tema para o leitor, analisando diversas fontes pertinentes para um bom entendimento do tema e da metodologia que será utilizada. Este capítulo evidencia as PPP em Portugal, quer a nível histórico, quer no panorama atual.

1.1. Relevância da Investigação

Atualmente o contexto de globalização desafia os Estados com uma multiplicidade de exigências, o que têm provocado uma quebra da capacidade governativa e deslegitimação da respetiva autoridade. É então fundamental a procura de novas formas de conciliar as conquistas do Estado democrático, nomeadamente, o princípio do Estado de direito, recorrendo a abordagens de modernização da Administração Pública, direcionadas para os cidadãos, enquanto cliente, e para o mercado.

As Parcerias Público Privadas são cada vez mais uma notícia da atualidade, tanto em projetos de grandes infraestruturas (como Rodovias ou Hospitais), como nas de menor dimensão (equipamentos coletivos nos municípios), mas o que sabemos realmente sobre estas? Será que são uma oportunidade para o setor público poder inovar? O que são realmente as PPP e como são conduzidas? Serão fundamentadas as notícias de que as parcerias público privadas são uma grande fonte de despesa de dinheiros públicos? Nesta investigação tentar-se-á dar resposta a todas estas questões e se possível tornar mais clara toda a envolvente deste tema tão debatido.

Segundo Cruz & Marques (2012), o desenvolvimento de PPP em Portugal conheceu desde os meados da década de noventa um crescimento avassalador, tanto em grandes infraestruturas, como nas de menor dimensão.

De forma a garantir a prestação de serviços e a construção de infraestruturas, o setor público considera a oportunidade de cooperar com o setor privado. Esta cooperação cria uma oportunidade para o setor público projetar experiências do setor privado, primeiro que tudo, de forma a aumentar a eficiência da parceria. Por outro lado, este interesse está relacionado com os limites impostos pelo Estado. Como já mencionado antes, países diferentes utilizam instrumentos diferentes para a implementação de PPP que está sujeito

ao nível de envolvimento do setor privado na provisão de serviços públicos (Meiduté & Paliulis, 2011).

Valaguzza & Parisi (2020) demonstraram, sustentados em investigações, que por exemplo no contexto de infraestruturas e energia costumam ser campos de investigação interessantes para PPP, especialmente em países desenvolvidos, e numa perspetiva global, as grandes empresas são mais adequadas para gerir os recursos sendo esta uma das razões que justificam a formação de parceria com a esfera pública. A literatura de lei da administração europeia considerou a aproximação mútua entre o setor privado e público como método aplicado pelas administrações públicas.

A promoção das PPP no setor da saúde no ponto de vista do Asian Development Bank (2013), depara-se com alguns desafios incluindo os seguintes: (i) uma fraca compreensão do conceito de PPP; (ii) fraca capacidade institucional do Estado no empenho para com as PPP; (iii) PPP's têm o propósito de ser orientadas para o cliente, e eventualmente perdem o impulso enquanto o interesse vai desaparecendo (por parte da esfera privada); (iv) as afinidades políticas e a incapacidade de sustentar as PPP, por detrás de termos executivos; (v) acordos informais entre os parceiros, que podem resultar num suporte limitado de uma ou duas partes; (vi) organização nos problemas graves; (vii) sustentabilidade limitada de recursos; (viii) falta, ou escassa monitorização; (ix) prevalência da influência política.

O desenho de um projeto de PPP depende crucialmente do ambiente económico na qual este vai operar. Como tal, seria inapropriado, recomendar um acordo/contrato sem um estudo prévio, tanto da entidade pública como da entidade privada interessadas no projeto de PPP, pois estes projetos são populares em diversas áreas e acarretam uma grande variedade de circunstâncias e incertezas, para que em cada caso possam ser examinadas, designadas e executadas de acordo com as suas próprias características (Tsadkqah, 2006).

Para Oblak, Bisticic, & Jugovic (2013), a dificuldade do setor público em adaptar-se continuamente às necessidades do mercado, bem como de garantir fundos suficientes a partir dos orçamentos das instituições públicas essenciais para o desenvolvimento sustentado de infraestruturas fundamentais aos países, contribuiu para a entrada do setor privado, em relação de parceria, em áreas desenvolvimento social anteriormente atribuídas unicamente ao setor público. Desta tendência resultaram um grande número de diferentes acordos de PPP, introduzindo novos modelos de gestão.

O setor público e o setor privado apresentam diversas diferenças, contudo, com a redução da intervenção do Estado na área Social e com a tentativa do Estado em adotar uma ótica de gestão privada a nível de eficácia, eficiência e economia, a grande linha diferenciadora entre estes setores tem vindo a desvanecer-se.

O setor público, em primeira instância diferencia-se do setor privado devido à sua sujeição ao poder político, já o setor privado está sujeito às leis do mercado, como também à regulamentação estatal. Outra grande distinção é a fase de vida dos dois setores: uma atividade privada está sujeita à lei da insolvência, porém uma atividade pública depende do poder político o que conduz à teoria de que pode nunca se extinguir, pois a sua sobrevivência deve-se a fundos públicos e/ou as dotações orçamentais (Bilhim, 2008).

Bilhim (2008), defende que o setor privado e o setor público têm diversos aspectos que os diferenciam, como apresentado em baixo:

- Quanto ao objeto:

- Setor público: Trata das necessidades coletivas;

- Setor privado: Trata das necessidades individuais.

- Quanto ao fim:

- Setor público: prossegue o interesse público;

- Setor privado: prossegue fins particulares.

- Quanto aos meios:

- Setor público: utiliza o comando unilateral, quer a forma de ato normativo - regulamento administrativo, quer a forma de decisão concreta - ato administrativo;

- Setor privado: usa o contrato civil e comercial - instrumento jurídico típico do setor privado baseado no princípio da igualdade das partes.

As Parcerias Público-Privadas, contribuem para que o setor público cumpra os seus deveres e compromissos com o povo, mediante a cooperação das entidades privadas, adiantando a oferta com aprovação de custos.

A conjuntura económica com a qual atualmente somos confrontados, gera um Estado com menos recursos financeiros para investir no desenvolvimento do país. Para além destas limitações orçamentais, o constante desenvolvimento/avanço tecnológico, implica a

permanente necessidade de alteração dos edifícios bem como novas infraestruturas, para assim dar resposta as necessidades da população. Tendo presente esta realidade, o investimento e financiamento das entidades privadas constitui uma forma de equilíbrio para as contas públicas. Assim, estão criadas as formas de modernização e desenvolvimento do setor.

Após uma pesquisa previamente realizada anteriormente, podemos verificar que os principais problemas associados às PPP são:

- Encargos para o futuro;
- Interesses públicos diferentes dos interesses privados;
- As negociações das entidades privadas, usadas em seu benefício, com prejuízo para o Estado;
- Necessidade de várias renegociações ao longo dos contratos;
- Riscos políticos e sociais associados a uma eventual perda da confiança dos cidadãos no serviço prestado.

1.2. Parcerias Público Privadas

Embora não exista uma definição única e exata, são apresentadas na literatura algumas definições, também diversos tipos (modelos), sendo importante identificar as vantagens e desvantagens destas, assim como os fatores críticos de sucesso, a forma como o risco é alocado e partilhado, e de forma sintética como funcionam as PPP.

1.2.1. O que são PPP

Ao Estado estão-lhe atribuídas várias funções entre elas o fornecimento de serviços públicos aos cidadãos (assistência social, educação, entre outras), bem como, a construção de rodovias, ferrovias e infraestruturas básicas. O Estado deve também garantir que estes serviços sejam de acesso universal.

Segundo Sarmiento (2013), embora em tudo exista um valor económico, no que diz respeito ao Estado, este não é o mais importante, sendo mais cotável o *value for money*². Os projetos públicos devem assim ser muito bem estudados, antes que devam ser iniciados pois deve ter-se em conta diversos aspectos por exemplo, se o valor financeiro justifica o *value for money*, que externalidades positivas trarão, os benefícios na ordem social, como por exemplo, no caso de uma estrada que reduza o congestionamento e trânsito e ao mesmo tempo a sinistralidade, esta terá um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas.

Como já mencionado os serviços públicos são obrigatoriamente de acesso universal. Assim sendo, nem sempre é possível rentabilizar os serviços públicos, pois no caso de infraestruturas o seu investimento é elevado, levando a que apenas a longo prazo seja possível obter rentabilidade e autonomia financeira do serviço. Como tal, a sua execução torna-se difícil, mas por vezes estes serviços são cruciais para o desenvolvimento económico, o bem-estar e a qualidade de vida, chegando mesmo a corrigir desigualdades e assimetrias, quer sociais quer regionais.

² *Value for Money*- o value for the money consiste na utilidade retirada de cada compra ou gasto público. Baseia-se não no menor custo de aquisição/ produção, mas sim na máxima eficiência dos gastos públicos. Garantir que o dinheiro dos contribuintes é aplicado de forma mais eficiente possível (Sarmiento, 2013).

Na Parceria Público Privada, há uma separação das funções de “definições de políticas” e das funções de prestação de serviços, ficando estas últimas não só na esfera pública, mas também privada, com um acréscimo de concorrência, essencial para uma maior eficácia e eficiência.

A utilização de PPP cinge-se à forma de executar os projetos, com o setor público a centrar-se na definição das necessidades e no pagamento pelo serviço, ou pela infraestrutura (Sarmiento, 2013).

De forma simplificada podemos descrever uma definição elegível, como um contrato entre o setor público e uma entidade privada, em que esta última presta um serviço de acordo com requisitos definidos no contrato, e pela qual é remunerada pela entidade pública.

Para Cruz & Marques (2012), as PPP podem ser entendidas como um modelo de contratação pública a utilizar na provisão de infraestruturas e serviços. Os setores público e privado estabelecem uma relação (contratual ou institucional), com responsabilidades preestabelecidas, para projetar, financiar, construir e gerir uma determinada infraestrutura e/ou disponibilizar um serviço.

Uma PPP pode consistir num contrato de concessão de obra pública ou serviço público e, geralmente, inclui uma componente significativa de financiamento privado, na forma de capital e/ou dívida assumida pela banca comercial ou pelos mercados de capitais.

Segundo Silva (2016), existem definições diferentes por parte de organizações internacionais, governos e académicos:

- Banco Mundial: envolvimento de ambas as partes (Estado e privados) na constituição de uma entidade autónoma, sendo que as entidades privadas e pública repartem a responsabilidade por aspetos desta nova organização ou, em alternativa, assumem ambas em conjunto os objetivos a que se propõe a nova entidade. A PPP está assim associada à partilha de risco, responsabilidade e ganhos entre a parte privada e pública, apenas se justificando quando existe o benefício *value for money* para os contribuintes;
- Comissão Europeia: parceria entre duas ou mais partes concordam em trabalhar em cooperação para alcançar um objetivo conjunto ou compatível. Assim existem autoridade e responsabilidade divididas, recursos conjuntos para investimento, passivo, assunção de riscos e ganhos partilhados;

- OCDE: acordo entre o Estado e uma ou mais entidades privadas, sendo que a parte privada compromete-se a disponibilizar um serviço ou produto, de uma forma concertada com os objetivos do Estado, e simultaneamente com a rentabilidade por si esperada. Neste contrato existe ainda uma efetiva transferência de riscos para os privados;
- *Standard and Poor's*³: vínculo de médio longo prazo entre o setor privado e público, envolvendo a partilha de riscos e ganhos resultantes da disponibilização pelas partes de benefícios financeiros, competências multisetoriais e outras especializações, concertado de forma a alcançar os objetivos pretendidos com a parceria.

Embora muitas outras definições existam e possam ser expostas, as apresentadas acima são suficientes para identificar os principais elementos, que definem as PPP, e que são os seguintes:

- Parceria entre o setor privado ou outro e o público;
- Ambos os setores trabalham em cooperação para alcançar um determinado objetivo;
- Existe partilha de riscos e de responsabilidades entre as partes envolvidas.

Sarmiento (2013), designa o Estado por concedente e o privado pelo concessionário. Ou seja numa PPP a entidade pública determina os objetivos e *outputs*⁴ desejados com a infraestrutura ou serviço, da forma mais eficiente, de forma totalmente autónoma.

Nas PPP o Estado concessiona o ativo ao privado por um período de tempo, para que este o construa e/ou explore, sendo que a propriedade do ativo é sempre do Estado, regressando à sua posse efetiva, e não somente jurídica, no termo do contrato.

Nos termos do artigo 2º do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003 , a Parceria Público Privada é definida como um “contrato ou união de contratos por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado”.

³ *Standart and Poor's* é uma empresa de estudo de negócios. Chama se corporativamente de S&P Global.1. Esta fornece classificações de crédito em títulos, países e outros investimentos (Silva , 2016).

⁴ *Outputs* bem ou serviço que resulta do processo de produção; produto.

1.2.2. Tipos de PPP

Primeiramente devemos entender as diferenças entre contratações públicas tradicionais e PPP, para depois ser possível estudar os vários tipos existentes.

Assim, para Sarmento (2013), as diferenças que apresentam são separadas por condições:

- Condição de investimento: na contratação tradicional a responsabilidade é do Estado. Por exemplo num contrato de empreitada com uma empresa de construção, existe risco de derrapagem que geralmente é do Estado, já nas PPP, por exemplo um contrato de construção entre o privado e o público, o risco de derrapagem é assumido pelo privado;
- Condição de financiamento: na contratação tradicional recorre-se ao orçamento de Estado e a fundos comunitários, no caso de PPP, o privado recorre capitais próprios;
- Condição de custos para o Estado: na contratação tradicional o custo inicial do investimento é do Estado, tal como o custo anual da manutenção do ativo, já nas PPP os pagamentos são anuais, após a conclusão da construção, pelo período do contrato (20-30 anos);
- Condição de riscos: na contratação tradicional os riscos são totalmente alocados para o setor público, enquanto que nas PPP os riscos são repartidos entre o parceiro público e o parceiro privado.

Segundo Silva (2016), vários são os tipos de parcerias que foram implementados para refletir diferentes objetivos e requisitos. As PPP variam em função do nível de envolvimento da parte privada. Num dos extremos, o setor público é responsável por todos os objetivos e aspectos respeitantes à disponibilização dos serviços. No outro extremo, o setor privado assume todas as responsabilidades. As PPP também variam em relação às fontes de financiamento e propriedades dos ativos. A figura 1 ilustra o que se relatou:

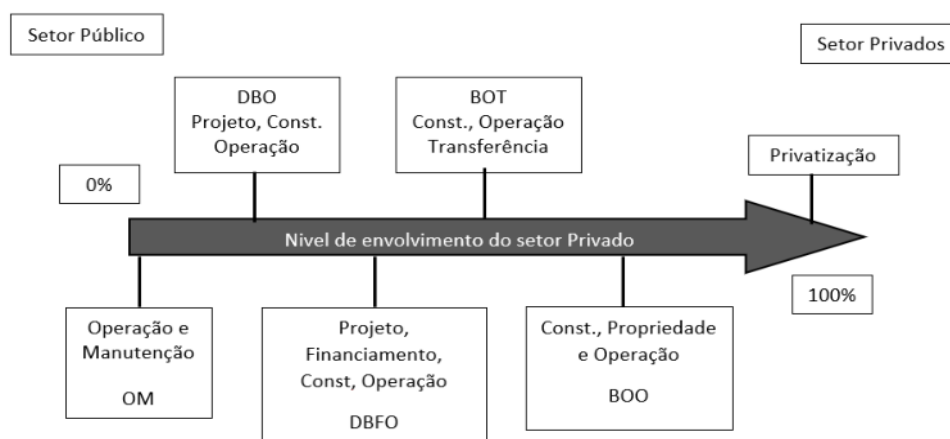


Figura 1 - Quadro explicativo da Nomenclatura utilizada por Silva 2016
 Fonte: Elaboração própria com base em Silva (2016)

Através da figura 1 podemos identificar os seguintes modelos, cada um com as suas próprias características:

Operação e Manutenção (OM-Operattion- Maintenaince): a parte privada é responsável por todas as manutenções e operações, não é responsável pelo financiamento, mas poderá gerir um fundo de capital. A aplicação dos fundos será definida pela entidade privada, em conjunto com a entidade pública.

Projecto, Construção e Operação (DBO-Design-Build-Operate): a entidade privada é responsável pelo projecto, construção, operação e manutenção num período determinado, sendo que no final do período deverá o mesmo ser transferido para a entidade pública.

Projeto, Construção Financiamento Operação (DBFO-Design-Build-Financing-Operation): o privado é responsável pelo financiamento, projeto, construção, operação e manutenção e a parte pública detém a totalidade da propriedade.

Construção, Operação e Transferência (BOT-Build-Operate-Transfer): o privado é responsável pelo financiamento, projeto, construção, operação e manutenção do projeto durante o periodo de concessão e o ativo é transferido novamente para a entidade pública, no final do periodo da concessão, a custo zero.

Construção, Propriedade e Operação (BOO-Build-Own-Operate): idêntico ao BOT, mas o parceiro privado detém a propriedade do ativo, de forma permanente e a parte pública apenas concorda com a aquisição por um periodo previamente fixado, dos bens ou serviços disponibilizados.

1.2.3. Vantagens e desvantagens

A experiência internacional revela que as PPP quando bem formuladas poderão proporcionar um conjunto de benefícios para a entidade pública, sendo de salientar (Silva, 2016):

- As PPP poderão incrementar o “*Value for Money*” despendido em infraestruturas, fornecendo serviços de melhor qualidade a menor custo e de modo mais eficiente;
- As PPP contribuem para atenuar as restrições orçamentais;
- A PPP permite ao setor público evitar os custos de capital, respeitante ao investimento inicial e reduzir os custos de administração;
- Poderão ser reduzidos os custos respeitantes ao ciclo de vida do projeto e o tempo necessário para a implementação do mesmo;
- As PPP podem acrescentar qualidade e eficiência às iniciativas implementadas;
- As PPP facilitam a inovação no desenvolvimento das infraestruturas;
- O setor público pode transferir para os privados, os riscos relacionados com o financiamento, construção e operação de projetos;
- A parte privada poderá promover crescimento económico local e oportunidades de emprego.

As principais desvantagens que têm sido apontadas em relação a este modelo são, para Sarmiento (2013):

- Os conceitos subjacentes a este modelo não foram sempre devidamente apreendidos por todas as partes envolvidas;
- Ambos os setores, público e privado não têm conhecimento e competências suficientes para implementar estes projetos no longo prazo;
- A competição nos projetos PPP está limitada, tendo em conta os elevados custos do concurso;
- Os projetos nesta modalidade poderão ser retardados, em consequência de debates políticos, oposição da opinião pública e processos de negociação complexos;
- As PPP poderão ter um custo de financiamento superior, ao projeto que existiria se fosse promovido por uma entidade pública, dado que os privados não se conseguem financiar a um custo tão baixo como o Estado;
- A apreciação dos projetos implementados por este modelo poderá não ser totalmente transparente, porque parte da informação pode ser classificada como “informação confidencial de natureza comercial”;

- Este modelo poderá conduzir a uma situação de monopólio e a custos mais elevados para os utentes pela utilização de serviços públicos.

1.2.4. Fatores críticos de sucesso das PPP

A identificação dos fatores críticos é relevante, para que a PPP possa ser contratada com as opções mais adequadas e para que todo o processo se revele eficiente.

Sarmento (2013) identifica os seguintes fatores críticos de sucesso:

- 1- Os decisores deverão estar incluídos na equipa do projeto desde o início;
- 2- Identificação adequada de todos os elementos constitutivos do projeto;
- 3- Deverá ser realizada uma análise de risco detalhada, em que sejam identificados todos os fatores que poderão contribuir para o mesmo, sendo que deverá ser efetuada uma adequada repartição dos riscos. A correta atribuição dos riscos às partes contribui decisivamente para uma maior rapidez na finalização do projeto, redução de custos em todas as fases do mesmo, incentivo à inovação, transparência e contabilização “real” de todos os custos incorridos na fase de implementação e desenvolvimento do projeto;
- 4- Enquadramento político e económico, nacional e internacional;
- 5- Seleção de preços e tarifas adequadas ao projeto;
- 6- A seleção da entidade privada é também um aspeto crucial, sendo que a mesma deverá ser escolhida pelas competências adquiridas, experiência alargada e aprofundada na iniciativa a que concorre, boa reputação, processo de aprovação e decisão eficientes suscetíveis de serem colocados à disposição dos participantes e inovação nos métodos de financiamento do consórcio. A escolha dos subcontratantes adequados poderá refletir-se no desenvolvimento do projeto;
- 7- Os recursos disponíveis no mercado financeiro, para financiamento do projeto, deverão ser fáceis de captar e a um custo adequado;
- 8- Assunção dos compromissos e das responsabilidades, quer pela entidade privada quer pela pública, tendo por base análise de custo benefício “reais”;
- 9- Entidade pública bem organizada e orientada para obtenção dos objetivos e resultados propostos, e entidades governamentais caracterizadas pela boa “governança”.

1.2.5. Como funcionam as PPP

Um modelo muito frequente de PPP em Portugal é o DBFO (*Design-Build-Finance-Operate*, ou seja, Projeto-Construção-Financiamento-Operação, que dizem respeito a quatro fases sob a responsabilidade do privado). Por isso, analisaremos o funcionamento de uma PPP através do exemplo português com auxílio da figura 2.



Figura 2 - Esquema de uma PPP de tipo DBFO baseada na disponibilidade
Fonte: Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (2010)

O primeiro aspeto a salientar é que, para cada PPP, é constituída de raiz uma empresa. Essa empresa é específica para aquele projeto e apenas opera nesse projeto. A empresa detém assim uma PPP, ou seja, um contrato com o Estado para a construção e manutenção de uma infraestrutura ou para a prestação de um serviço. Podemos em certa medida dizer que a empresa é o projeto.

Este tipo de empresa é designado por *special purpose vehicle*⁵ (SPV), e reúne um conjunto de características específicas que, de certa maneira, a diferencia de outras empresas. Por um lado, são empresas que duram pelo período do contrato (normalmente entre vinte e trinta anos) e têm, regra geral, poucos acionistas. A SPV assume assim a figura de uma

⁵ *Special Purpose Vehicle* - empresa criada com um propósito e um só propósito, que é para a parceria PPP criada, ou seja, uma empresa com um propósito específico (Amadeo, 2020).

entidade legal independente, que negocia com o governo, banca e fornecedores todos os contratos para a construção-financiamento-operação da infraestrutura serviço.

Nos contratos de PPP na saúde é sempre necessária a criação de duas entidades, nomeadamente, a Entidade Gestora do Estabelecimento (EGEst), a que é responsável pelos serviços clínicos e pelos serviços de apoio, incluindo o investimento em equipamentos médicos e informáticos. Durante os 10 anos de vigência do respetivo contrato este pode ser renovado por dois períodos de 10 anos. A outra entidade é a Entidade Gestora do Edifício (EGEd), que é responsável pela construção do novo Hospital (se for caso de tal), sendo também responsável pelos investimentos de substituição, reparação e manutenção do edifício e dos equipamentos gerais, durante os 30 anos de vigência do contrato, findo o qual o ativo físico reverterá para o Estado.

Os projetos de PPP caracterizam-se, por apresentar um elevado investimento inicial e um custo de manutenção ao longo da vida do projeto relativamente baixo.

Assim os contratos têm de ser necessariamente longos (vinte a trinta anos, e em alguns casos ainda mais). Os motivos prendem-se pelo facto de permitir amortizar o elevado investimento, e garantir a rentabilidade dos acionistas privados. Mas também para procurar responsabilizar o parceiro privado, garantir a efetiva transferência de riscos que na conceção e construção do ativo o privado estará centrado nos custos ao longo da vida do projeto, e não apenas nos custos iniciais de construção. O pagamento do Estado ao longo da vida do projeto, inicia-se com a fase de operação, ou seja, durante a fase de construção o investimento é financiado por capitais privados (Sarmiento, 2013).

As PPP são assim financiadas através de um esquema designado por “*Project Finance*”⁶, embora não se cinja apenas às PPP. Em muitos projetos totalmente privados são também financiados através desta modalidade.

⁶ *Project Finance*- Este tipo de investimento é financiado sobretudo por dívida e não por capitais dos sócios da empresa. Em 70% - 90% do investimento é financiado sobretudo pela banca, sendo o restante por capitais próprios da empresa. No entanto, os acionistas não prestam nenhum tipo de garantias aos bancos. Estes últimos emprestam num regime designado por “dívida sem recurso” (non resource debt). Isto significa que a única garantia que os bancos têm são lucros futuros do projeto. Nem o ativo (que é sempre propriedade jurídica do Estado) nem qualquer garantia dos acionistas permite ao banco assegurar os empréstimos. Daí que, o nível do risco que é transferido para o privado tenha de ser razoável. De outra forma, a falência de projetos poderia pôr em risco a própria existência das entidades bancárias que emprestam o dinheiro (Sarmiento, 2013).

1.2.6. O risco

Como já referido anteriormente, a partilha de risco ou a responsabilidade do risco pode ser fatal no desenvolvimento de um projeto, sendo que este deve ser muito bem estudado e como tal deve entender-se primeiro o que é o risco e como é distribuído (Sarmiento, 2013).

O risco é muito associado a algo negativo, normalmente não é associado a algo positivo. No entanto, em finanças faz tanto sentido falar em risco de perder como de ganhar dinheiro. Um dos aspetos mais importantes nas PPP, é o elevado risco, em consequência do longo período da concessão (maior nas obras públicas), e na multiplicidade de participantes neste contrato.

Segundo Silva (2016), existe uma variedade de definições para risco. No âmbito que nos interessa, o risco é a probabilidade de um evento acontecer, que terá como consequência, em caso de ocorrência, a divergência entre as condições atuais do projeto, e aquelas que foram previstas, aquando da estimativa de benefícios e custos.

De uma forma genérica, os riscos associados a projetos no âmbito das PPP podem ser repartidos nas seguintes categorias (Silva , 2016):

- Riscos políticos: Expropriação; Credibilidade; Alterações Legislativas;
- Riscos financeiros: Condições económicas desfavoráveis no país; Limitações da taxa de rentabilidade do projeto; Nível de rating do concorrente; Posicionamento da economia; Posicionamento da economia em termos internacionais e comerciais; Estrutura financeira complexa; Nível de flutuação das taxas de juro;
- Riscos técnicos: Despesas de construção extraordinárias; Atrasos na construção; Disponibilidade dos materiais;
- Riscos operacionais e de manutenção: Encargos operacionais e de manutenção não orçamentados; Incompetência dos operadores e baixa produtividade; Disponibilidade do material; Eventos de força maior;
- Riscos de mercado e de procura: Receitas insuficientes; Restrições impostas pelo governo sobre lucro ou tarifas; Preço e estimativas de procuras desajustadas; quebra da procura; Riscos concorrência; Eventos de força maior;
- Riscos Jurídicos: Alteração do âmbito acordado no projeto; Falta de cooperação dos organismos públicos; Enquadramento legislativo inconsistente; Quebra das

provisões no contrato; Revisão das cláusulas do contrato; Alterações inesperadas do esquema de concessão; Riscos de termo antecipado; Eventos de força maior.

Por outro lado, Cruz & Marques (2012), categorizam o risco por:

- Produção: planejamento, projeto, expropriação, construção ambiental, manutenção operação, tecnológico e desempenho;
- Comercial: procura, competição e cobrança;
- Contexto: financiamento, inflação, legal, regulatório, modificação unilateral, contestação pública e força maior.

1.2.7. Partilha do Risco

O princípio básico subjacente às PPP é o de que os riscos operacionais e de propriedade deverão ser assumidos pela parte privada. A estrutura inicial tem implícita, que todos os riscos associados aos *outputs* são da responsabilidade do parceiro privado. Este deverá revelá-lo, de acordo com os *standards* específicos acordados, no contrato de parceria. A repartição ótima dos riscos minimizará os custos e os riscos do projeto, ao afetar estes à parte mais bem posicionada para os controlar (Silva , 2016).

O parceiro mais bem preparado, para gerir um determinado risco terá a possibilidade de reduzir a possibilidade da sua ocorrência e orientar as consequências, no caso da sua materialização. A entidade pública apenas é responsável pelos riscos, que assume contratualmente. Sempre que determinadas categorias de riscos são difíceis de antecipar ou de medir as suas consequências, estes poderão ser tratados usando um mecanismo de partilha (Silva , 2016).

Segundo Sarmento (2013), frequentemente ocorrem alterações de natureza política, ou alterações na estratégia, o que implica alterar também os projetos com estes a decorrer, o que agrava os custos. Assim o risco deve ser alocado à parte (pública ou privada) que melhor o for capaz de mitigar. Mas quem é a melhor parte para mitigar o risco? Deve ser aquela cuja combinação <probabilidade de ocorrer> e <custo do evento se ocorrer> resulte num menor custo. Os riscos são divididos em três grupos:

- Os que são retirados pelo setor público; riscos demasiados caros de transferir para o privado, por exemplo risco de catástrofes naturais.

- Os que são transferidos para o privado; riscos que geram incentivo à eficiência do privado, por exemplo riscos de construção e manutenção, e riscos financeiros.
- Os que são partilhados; riscos acordados de partilhar entre o privado e o público que só assim são possíveis de suportar.

Cruz & Marques (2012) exemplificam a alocação do risco, um risco de construção, ou melhor, os riscos associados à atividade de construir, como sejam as derrapagens nos prazos e nos custos. Se o parceiro privado é a entidade que planeia, gere e executa o processo de construção, está mais capacitado para gerir este risco que o parceiro público, porque de facto esse é o seu *core business*⁷. No lado oposto está o risco político. A mudança de decisões políticas associadas aos ciclos governativos está completamente fora de esfera de intervenção da entidade privada, pelo que será mais racional que este risco seja transferido para o parceiro público.

⁷ *Core Business* negócio principal, no qual a empresa é especialista.

2. Metodologia

A metodologia, engloba um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. O percurso metodológico aplicado, procurou dar visibilidade ao desenho de investigação que se propôs realizar, para alcançar os objetivos propostos para este estudo. Este ponto tem como principal objetivo explicar as diversas fases do processo de investigação para chegar ao conhecimento da realidade investigada.

A presente investigação incide numa Metodologia Qualitativa, baseada num Estudo de Caso, com recurso a várias técnicas de recolha de dados.

Para tal foram utilizadas várias técnicas qualitativas de recolha de informação, nomeadamente, análise documental, pesquisa em bases de dados online, artigos, notícias de jornal.

- **Metodologia Qualitativa**

A pesquisa qualitativa foi inicialmente utilizada por sociólogos e antropólogos. A pesquisa qualitativa, em sentido amplo, pode ser definida como a metodologia que produz dados a partir de observações extraídas diretamente do estudo de pessoas, lugares ou processos com os quais o investigador procura estabelecer uma interação direta para compreender os fenómenos estudados.

No que diz respeito à investigação qualitativa, Bogdan & Biklen (2013), apresentam-nos cinco características inerentes a este tipo de investigação:

- O meio envolvente é a fonte direta de recolha de dados e o investigador é o instrumento principal dessa investigação;
- É uma abordagem de cariz descritivo, na medida em que a informação reunida não incide em números, mas antes em palavras e/ou imagens;
- O relevo deste tipo de investigação é dado mais ao processo do que apenas ao resultado do estudo;
- A informação recolhida não é utilizada para confirmação de hipóteses, é antes analisada pelo investigador/a de forma indutiva;
- Sendo o significado atribuído ao contexto e às vivências dos participantes, fundamentais na investigação qualitativa, a preocupação assenta na forma como os indivíduos apresentam e interpretam a sua vida.

De facto, “os investigadores qualitativos estabelecem estratégias e procedimentos que lhes permitam tomar em consideração as experiências do ponto de vista do informador. O processo de condução da investigação qualitativa reflete uma espécie de diálogo entre os investigadores e os respetivos sujeitos, dado estes não serem abordados por aqueles de uma forma neutra” (Bogdan & Biklen, 2013).

As abordagens qualitativas são mais adequadas na investigação científica de grupos, segmentos delimitados e focalizados nas histórias sociais sob o ponto de vista dos atores sociais e de relações; e para análises de discurso e documentos. Efetivamente, “o método qualitativo é o adequado aos estudos da história, das representações e das crenças, das relações, das perceções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante as suas vidas, da forma como constroem os seus artefactos materiais e a si mesmos, sentem e pensam” (Corte, Sarturi, & Possa, 2019).

- **Estudo de Caso**

Segundo Godoy (1995), o objeto deste tipo de pesquisa é uma unidade que se submete a uma análise profunda, visando-se obter um exame detalhado seja de um ambiente, de um individuo, ou de uma situação particular. O seu propósito fundamental é analisar intensivamente esta unidade.

O Estudo de Caso é indicado para questões sobre eventos atuais, sobre os quais o investigador tem pouco ou nenhum controlo. Ainda que ele não produza resultados generalizáveis para toda a população, permite verificar a adequação dos conceitos, expandindo e confirmando teorias que podem servir de referência para estudos futuros. A sua maior riqueza encontra-se na possibilidade de análise da realidade a partir de um referencial teórico estabelecido. As três características principais que definem o Estudo de Caso são (Yin, 2018):

- Os dados são obtidos num nível de profundidade tal que permite caracterizar e explicar em detalhe aspetos singulares do estudo, como apontar semelhanças e diferenças quando comparado com outros casos estudados;
- A atividade do investigador é caracterizada pela procura dos conhecimentos e não de conclusões ou verificações;

- O investigador deve ter a capacidade de integrar, reunir e interpretar inúmeros aspetos do objeto estudado.

Pelo exposto, “um bom Estudo de Caso repousa numa interação contínua entre as etapas a percorrer, a recolha de dados e a sua análise” (Vieira, 1999), destacando-se a sua natureza flexível e a possibilidade de o investigador voltar ao terreno tantas vezes quantas as necessárias até sentir que obteve informação suficiente para uma análise credível.

Face a estas premissas podemos concluir que o Estudo de Caso oferece uma forma de entendimento mais global e compreensiva do fenómeno estudado, ajudando a trazer à tona considerações contextuais importantes que não são reveladas por outros métodos (Bromley, 1986); sendo “caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado” (Gil, 2002).

3. Casos de Estudo

Neste terceiro capítulo será realizada uma análise aos contratos dos três projetos de PPP no setor da saúde nomeadamente:

- Hospital de Vila Franca de Xira;
- Hospital de Braga;
- Hospital de Loures.

Nestes três contratos são comuns alguns aspetos contratuais, que iremos referir antes da análise das PPP e que se tornam fulcrais, para o bom entendimento de como funcionam as parcerias que serão analisadas.

Para a escolha do melhor parceiro privado o Estado lança um concurso que pode ou não ser internacional no qual consta o caderno de encargos sobre o que é exigido para aquele concurso.

As empresas privadas entregam as suas propostas e a certificação em como cumprem todos os requisitos pedidos, posteriormente o Estado escolherá a melhor proposta para a criação de uma parceria PPP.

Para este capítulo recorreu-se a dados dos contratos no site da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos⁸, relativas as parcerias com os Hospitais de Braga de Vila Franca de Xira e de Loures, assim como ao relatório do Tribunal de Contas do Hospital de Braga⁹, de Vila Franca de Xira¹⁰ e Loures¹¹, e ainda a notícias e comunicados da ministra da saúde.

A produção (medida por internamentos e ambulatórios) de cuidados Hospitalares é acordada anualmente entre o Estado e o parceiro privado. Caso não exista acordo, é o Estado, juntamente com a Administração Regional de Saúde da região em questão, quem estipula a produção de cuidados, assim como a capacidade prevista. Ou seja, no caso de não haver acordo entre as partes sobre a produção prevista, o Contrato de Gestão determina que a previsão deve ter em consideração as necessidades da população

⁸ (Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, 2010)

⁹ (Carpinteiro, Fonseca, Carreiro, & Filipe, Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada, 2016)

¹⁰ (Carpinteiro, Fonseca, Carreiro, & Filipe, Auditoria de resultados à execução do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira em PPP, 2019)

¹¹ (Carpinteiro, Fonseca, Carreiro, & Filipe, Auditoria ao Contrato de Gestão do Hospital de Loures em Regime de Parceria Público Privada, 2015)

reveladas pela utilização Hospitalar, caso as partes não cheguem a acordo cabe, pois, à Entidade Pública Contratante determinar unilateralmente essa produção.

Os rendimentos/pagamentos anuais a efetuar pelo parceiro público à EGEEd constituem uma renda cujas quantias variam em obediência a regras fixadas *a priori* no contrato, e por isso não são passíveis de qualquer ajustamento exógeno ao longo do período contratual. Assim, a remuneração da EGEEd, devida pelo Entidade Pública Contratante (EPC) a partir da data de entrada em funcionamento do novo edifício Hospitalar, engloba uma remuneração base anual e uma componente de deduções a aplicar consoante os níveis de desempenho obtidos, a remuneração base anual compreende 2 variáveis; uma parte certa, fixada contratualmente, e uma parte exclusivamente indexada à inflação, com o valor base definido contratualmente que é atualizada anualmente com base no índice de preços ao consumidor.

Para além da remuneração base anual constituem ainda receitas da Entidade Gestora do Edifício, parte das receitas comerciais de terceiros, nomeadamente as receitas com aluguer de espaços para serviços (cabeleireiro, papelaria, agência bancária, correio, estacionamento), entre outros, que são partilhados com a Entidade Pública Contratante.

De acordo com os contratos de gestão, o desempenho das entidades gestoras é avaliado anualmente pela EPC e abrange parâmetros que são acordados e descritos no contrato.

A Entidade Pública Contratante procede mensalmente ao pagamento à EGEEst do duodécimo correspondente a 90% do valor previsível da parcela a cargo do SNS. Os restantes 10% ficam pendentes do resultado da análise efetuada à informação disponibilizada pela Entidade Gestora do Estabelecimento, relativa à produção efetiva das linhas de atividade contratadas.

As Entidades Gestoras têm um objetivo comum, sejam elas EGEEst ou EGEEd, que é a maximização da riqueza dos acionistas, mas com é obvio e considerando, *ceteris paribus*¹², a decisão de realizar produção não remunerada ou remunerada a baixos preços, não maximiza a riqueza dos acionistas no curto prazo, e muito dificilmente o fará no médio prazo ou até o fim do contrato. Com isto deve então ter um outro objetivo que será a minimização de perdas, assim o objetivo de maximização da riqueza dos acionistas só se poderá concretizar se houver lugar à renovação do Contrato de Gestão.

¹² *Ceteris Paribus* - mantidos e inalterados os demais fatores.

Nesta análise aos contratos, serão apontados pontos e evoluções de cada contrato de PPP:

- Porque foram criadas cada PPP,
- Quando teve início, quando teve termino ou renovação,
- Problemas que possam ter afetado o desempenho,
- Razões de eventuais renovações do contrato,
- Produções previstas,
- Aspectos previstos no modelo financeiro coincidentes com a realidade,
- Tipo de modelo das PPP,
- Análise das PPP,
- Comparação sobre os aspetos referidos nas análises e ainda alguns que possam ser discutíveis e relevantes que só fazem sentido serem abordados em contexto de comparação.

3.1. Hospital de Braga

O Hospital de Braga aderiu ao regime de PPP em 1 de setembro de 2009 operando ainda no anterior Hospital (São Marcos), passou em 16 de maio de 2011 para o novo Hospital de Braga que veio substituir o Hospital de São Marcos, de forma a aumentar a oferta de cuidados de saúde à população. Esta PPP situa-se na primeira vaga de PPP em Saúde, que teve início em 2001 com o grupo privado José Melo Saúde.

Com a nova gestão do estabelecimento em regime de PPP têm-se verificado algumas lacunas /problemas: as atividades contratadas têm vindo a ser sempre insuficientes para responder as necessidades de saúde da população, gerando como consequência um aumento das listas de espera e dos tempos de espera para consultas e cirurgia. Ainda assim, quando o Hospital de Braga supera a atividade contratada, esta atividade não é remunerada.

De referir que esta parceria inicialmente apresentou um nível de conflito elevado entre a EGEst e a EPC, representando nos anos de 2009, 2010 e 2011, um atraso nos processos

de reconciliação¹³ da produção nestes anos, que só foram concluídos em 2012. Este conflito nos anos posteriores foi diminuindo, recorrendo a critérios contratuais¹⁴.

A avaliação realizada ao Hospital de Braga de acordo com parâmetros de desempenho constantes no contrato de gestão, não se tem aproximado da que é realizada ao SNS, prejudicando e limitando a comparação entre os diferentes modelos de gestão.

Para a EGEst esta considera que apenas poderá maximizar a riqueza dos acionistas caso exista uma eventual renovação do contrato, de forma a compensar a sociedade pelas perdas que incorreu no contrato, ainda que a EGEst pretenda que, caso exista uma eventual renovação, sejam negociados termos e condições equilibrados, do contrato de gestão.

Relativamente ao referido de ter existido atividade realizada e não remunerada, o parceiro privado considera que segundo uma lógica empresarial, só será compreensível, num contexto de renovação contratual, uma vez que a responsabilidade da capacidade do Hospital e a capacidade orçamental está a cargo do parceiro público.

Caso não exista uma renovação contratual e chegando a um término do contrato, com *cash flows* negativos, significa isto que a entidade não passou a fase de investimento, pois não apresentou retorno, como tal pode surgir uma averiguação sobre se o Estado poderia ter apresentado melhores resultados pelos próprios meios.

Segundo a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), as Administrações Regionais de Saúde têm orientações para ajustar a produção Hospitalar de forma a fornecer melhores serviços, e uma vez que existem restrições orçamentais o que leva a que se deva controlar o volume a contratar.

A Entidade Gestora do Hospital ultrapassa largamente a produção contratualizada, em várias linhas de produção, quando lhe bastaria, para o efeito apresentado, cumprir a produção contratada. Completa ainda, referindo que este ultrapassar da produção contratualizada tem prejudicado o acesso dos utentes, agravando os tempos de espera.

¹³ **Processos de reconciliação** processos realizados anualmente em que se cruza os dados previstos com os dados reais.

¹⁴ **Critérios contratuais** pontos que constam no contrato de gestão e que devem ser seguidos, sob pena de incumprimento multas.

O Contrato de Gestão com a EGEst caducou a 31 de agosto de 2019, sendo que dois anos antes, ou seja, a 31 de agosto de 2017 questionou a entidade gestora se esta pretendia renovar ou não o contrato. Esta, por sua vez, pronunciou-se nos 18 meses que se seguiram, uma vez que as partes dos contratos não conseguiram atender às necessidades da população, e que quase sempre contratualizaram uma produção insuficiente como se pode identificar na tabela 1 a produção realizada elegível e contratada representados pelos números de internamentos.

| Produção | 2 010 | 2 011 | 2 012 | 2 013 | 2 014 | 2 015 |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| contratada | 35 506 | 58 991 | 63 461 | 78 621 | 78 241 | 79 590 |
| realizada | 37 545 | 46 328 | 68 550 | 79 547 | 82 868 | 85 684 |
| elegível | 35 881 | 46 052 | 68 099 | 79 166 | 82 567 | n.d. |
| % não elegível/realizada | 4,4% | 0,6% | 0,7% | 0,5% | 0,4% | n.d. |

Tabela 1- Internamento e ambulatório- Produção, contratada, realizada e elegível do Hospital de Braga
Fonte: Relatório do Tribunal de Contas (2016)

É importante salientar que produção contratada é a produção acordada anualmente, a realizada é efetivamente a que na realidade se verificou, e a elegível é considerando o caderno de encargos ou o planeamento inicial do projeto (o que foi projetado antes do início da atividade).

Através de uma análise à tabela 1, podemos afirmar que no primeiro ano apresentado (2010) a produção realizada foi superior tanto à contratada como à elegível apresentando uma percentagem 4,4% representando esta a parte que não é elegível pelo parceiro público ou seja não será remunerada em valores analíticos estamos a falar em 1664 casos de internamento, após este primeiro ano podemos verificar que os seguintes apresentaram um valor não elegível muito inferior ao primeiro ano apresentado 2010, esta discrepância de 2010 para os anos seguintes também se pode dever à pandemia que atingiu o país entre abril de 2009 a julho de 2010 a Gripe Pandémica a (H1N1).

Anualmente a EGEEd é avaliada de acordo com 71 parâmetros de disponibilidade e de serviço, monitorizados anualmente e previstos contratualmente. A falha nestes leva a deduções aos pagamentos a efetuar à EGEEd (Henriques, 2019).

A EGEEd tem executado o seu serviço dentro dos parâmetros previstos. Segundo a EPC, esta têm apresentado um bom desempenho, já que face ao modelo financeiro previsto, a EGEEd apresentou uma remuneração ligeiramente inferior ao previsto como representado na tabela 2. Esta cumpriu todos os prazos pedidos e todos os serviços contratados.

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Modelo financeiro | 17 008 235 € | 22 785 484 € | 22 895 477 € | 23 007 671 € |
| Real | 16 351 440 € | 22 681 922 € | 22 683 307 € | 22 680 674 € |

*Tabela 2- Remuneração da EGEEd do Hospital de Braga
Fonte: Relatório do Tribunal de Contas (2016)*

Como se verifica na tabela 2 e como já referido os valores apresentados referem quanto o parceiro público deve pagar ao parceiro privado, sendo que o modelo financeiro é relativo aos valores iniciais discutidos e acordados enquanto que o real é efetivamente o que se verificou na realidade, assim para o parceiro privado este desempenho foi positivo uma vez que não ultrapassou o acordado não apresentando assim prejuízo a EGEEd.

Após 10 anos de parcerias com a José Melo Saúde (JMS parceiro privado) a PPP do Hospital de Braga chega ao fim, e volta para a esfera do Sistema Nacional de Saúde (SNS), contudo o Ministério da Saúde pretende lançar novo contrato de PPP. Não houve renovação de contrato pois, segundo a ministra da saúde¹⁵ o parceiro privado demonstrou indisponibilidade definitiva (uma vez que a negociação dependeu do financiamento dos tratamentos de VIH/sida, esclerose múltipla e hepatite c ao qual o Estado recusou) de continuar a operar com os parâmetros em vigor, e uma vez que segundo um estudo para avaliar o “*value for money*” criado por esta parceria com o Estado, revelou que era preferível uma nova parceria, com vista à melhor prossecução dos interesses públicos.

Uma vez que o financiamento a tratamentos de do VIH/sida, esclerose múltipla e “hepatite c” foram cancelados em 2016, sendo sustentados deste então pela EGEst, o que tornou a gestão do Hospital insustentável e prejudicial para o parceiro privado, pois os preços tabelados não permitem cobrir os custos deste tipo de tratamentos que representam, aproximadamente 10 milhões de euros/ano.

O parceiro privado JMS considerou assim que, caso não houvesse reposição do financiamento estadual esta parceria seria insustentável. Não fosse o Estado concordar com esta condição, o parceiro privado não conseguiu continuar com uma renovação, pelo que até 31 de agosto de 2019 o grupo JMS garantiu a estabilidade da atividade clínica e da prestação de cuidados de saúde à população, enquanto isso a ARSN e a equipa gestora trabalharam em conjunto de modo a que a transição fosse concluída, e ao mesmo tempo

¹⁵ Henriques, S. (3 de janeiro de 2019). Diário de Notícias.

já estivesse a ser desenvolvido o caderno de encargos para o lançamento do procedimento concursal para constituição de nova PPP.

Segundo a ARSN os financiamentos foram cancelados porque esses cuidados já se encontravam incluídos no perfil assistencial daquela unidade nos termos do respetivo contrato de gestão acrescentando ainda que aquele contrato prevê os "mecanismos adequados" para a remuneração daqueles cuidados.

3.2. Hospital de Vila Franca de Xira

O Hospital de Vila Franca de Xira entrou em regime de Parceria Público Privada após um estudo sobre os custos que um projeto de renovação/construção de um novo Hospital que a sua gestão pelo Estado poderia ter, bem como o “*value for money*” que iria ser gerado, tendo-se chegado à conclusão que a forma de melhorar a qualidade dos serviços, seria diminuir os custos para a entidade Pública e recorrer a um regime de PPP, o que permitiu ao Estado obter uma poupança de €30M entre 2013 e 2017, no caso de se manter num regime de Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Esta parceria com o privado Grupo Mello Saúde foi justificada com base num estudo estratégico e económico-financeiro, que concluiu que o custo público da construção e exploração direta pela entidade pública seria muito elevado, recorrendo-se ao modelo de PPP que abrangeu a conceção, construção, financiamento e exploração do novo Hospital de Vila Franca de Xira, (modelo de PPP de DBFO). Teve o seu início em 2011, continuando a operar até 2012 no antigo Hospital Reynaldo dos Santos (HRS). Mais tarde seria construído o Hospital de Vila Franca de Xira que opera desde abril de 2013, inserindo-se na primeira vaga de PPP iniciada em 2001.

Não se pode deixar de reparar que face ao previsto do contrato, e após a entidade gestora do estabelecimento começar a operar no Hospital de Vila Franca de Xira o rendimento que a EPC fazia à EGEd, face ao previsto no início do projeto foi aumentando de ano para ano, nunca sendo igual ao previsto (coluna remuneração base anual relativamente a coluna remuneração efetiva) como se pode verificar na tabela 3 (os valores apresentados na tabela são em euros €).

| Ano (valores euros sem IVA) | Componente Fixa / MF revisto (1) A | Componente Variável (a preços de janeiro de B) | Remuneração base anual A+B | Remuneração efetiva C |
|-----------------------------|---------------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------|
| 2013 (2) | 20 547 799 | 3 338 980 | 23 886 779 | 23 980 293 |
| 2014 | 18 965 983 | 4 368 199 | 23 334 182 | 23 468 962 |
| 2015 | 18 849 983 | 4 368 199 | 23 218 182 | 23 328 511 |
| 2016 | 17 077 762 | 4 368 199 | 21 445 961 | 21 757 629 |
| 2017 | 11 030 730 | 4 368 199 | 15 398 929 | 15 772 032 |

(1) Após atualização do modelo financeiro da EGED nos termos do Apêndice 1 ao Anexo XXVII ao Contrato de Gestão (Componente Fixa Remuneração Base Anual a preços correntes, sem IVA, considerando a produção de efeitos do Contrato de Gestão a 01 de Junho de 2011)

(2) Componente Variável em 2013 (ajustada pelo Número Dias de Funcionamento NEH em 2013)

*Tabela 3- Remuneração base anual versus efetiva, EGED do Hospital de V. F. Xira
Fonte: Relatório Tribunal de Contas (2019)*

Ainda relativamente à remuneração da EGED, como demonstra a tabela 3, são apresentadas a componente fixa na segunda coluna, esta componente não se altera com o passar dos anos foi acordada aquando negociado o projeto, mas uma vez que existem taxas e componentes que se vão alterando com o tempo é apresentado na terceira coluna a componente variável esta componente é revista anualmente, somando estas duas componentes obtemos a remuneração base anual (coluna três) esta refere os valores que o parceiro público paga ao parceiro privado, na quarta coluna (remuneração efetiva) é apresentado efetivamente quanto foi pago.

Observando agora o gráfico 1 da remuneração da EGEst, podemos verificar que é apresentada a remuneração anual Caso-Base (o que foi acordado no início do projeto no plano financeiro), Remuneração anual Contratada (como o próprio nome indica são os valores acordados anualmente para a produção contratada), Realizada Elegível (da produção realizada a que será remunerada pelo parceiro público), quando falamos aqui em remunerações referimo-nos aos valores que o parceiro público faz ao parceiro privado, podemos então verificar que, nos anos 2013, 2014, 2017 a remuneração realizada elegível não coincidiu com a remuneração anual do caso base e com a remuneração anual contratada tendo coincidido nos restantes anos, querendo isto dizer que nos anos que coincidiu pelo menos com a remuneração anual contratada foram anos de bom desempenho da parceria pois o projetado anualmente estava a ir ao encontro da realidade.

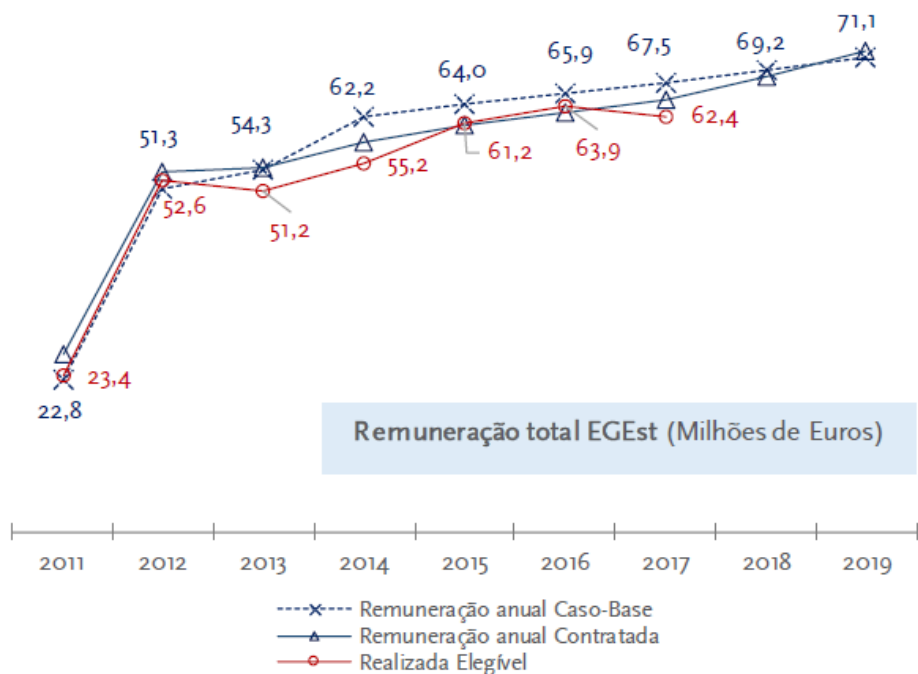


Gráfico 1- Remuneração. EGEst do Hospital de Vila Franca de Xira
 Fonte: Relatório Tribunal de Contas (2019)

Tal como o Hospital de Braga, também no Hospital de Vila Franca de Xira, os tratamentos de VIH/sida e Hepatite C, são suportados pelo parceiro privado.

Como demonstra o gráfico 2, a produção de serviços de saúde (produção representada através de internamentos e ambulatorios) Realizada em 2012 e 2013 ficou abaixo do Contratado inicialmente; em 2014 coincidiu com o Contratado e de 2015 a 2018 ficou acima, o que significa que a previsões anuais da capacidade contratada não coincidiu com a realidade a não se nos anos 2011 e 2014 onde a capacidade/produção contratada coincidiu com a produção realizada.

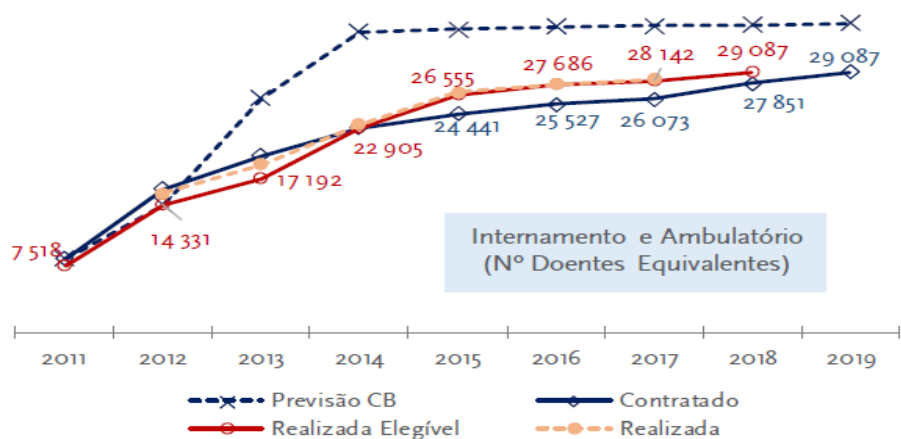


Gráfico 2- Produção: Caso-Base, Contratada, Realizada e Elegível do Hospital de V.F. Xira
 Fonte: Relatório Tribunal de Contas (2019)

O Hospital de Vila Franca de Xira tem lotação de 313 camas, e em caso de contingência, tem capacidade para 400 camas. Inicialmente tinha capacidade de 278 camas, que segundo a EGEst desde logo se mostraram insuficientes. No entanto de momento não é possível aumentar a capacidade face às limitações da infraestrutura, ainda assim desde 2016 esta capacidade foi de 313 camas, e tem-se demonstrado insuficiente para as necessidades crescentes da população.

A EGEEd segundo o Estado, tem apresentado sempre um desempenho bom a nível global nas áreas da disponibilidade, do serviço e da satisfação dos utentes, previstas no Contrato.

O contrato celebrado pela gestão do estabelecimento desta PPP, terá o término no dia 31/05/2021. Este término justifica-se por uma incompatibilidade que, segundo os resultados técnicos levados a cabo pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) suscitou a necessidade de incluir um conjunto desejável de alterações ao contrato, a nível dos preços, algo que seria inconcebível, uma vez que os preços são tabelados pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Assim sendo a renovação do contrato de gestão do estabelecimento, iria ter uma prossecução contrária à do interesse público, e dificilmente teria o aval do Tribunal de Contas, caso o Estado ponderasse introduzir tais modificações. Após estas ponderações foi comunicado a 31 de maio de 2019 pela ARSLVT ao parceiro privado, a não renovação do contrato por mais 10 anos (a parte que pretende ou não renovar o contrato deve fazê-lo dentro de um prazo de seis meses antes do término do mesmo).

Segundo a ARSLVT, em nota enviada à comunicação social¹⁶, não houve renovação do contrato de PPP uma vez que na sequência dos trabalhos da Equipa de Projeto¹⁷ foi considerado existir necessidade de introduzir modificações ao contrato que são incompatíveis com a sua atual redação, e com as regras em matéria de contratação pública (Jornal de Notícias, 2019).

Segundo um relatório da Entidade Reguladora de Saúde¹⁸, o Hospital de Vila Franca de Xira durante os meses de maior afluência de doentes colocou centenas de utentes em

¹⁶ Jornal de Notícias. (01 de junho de 2019). *Jornal de Notícias*.

¹⁷ **Equipa de projeto** é uma equipa criada que acompanhará os projetos de PPP, ao longo do seu percurso de gestão, elaboram relatórios.

¹⁸ DN/ LUSA. (11 de setembro de 2019). *Diário de Notícias*.

antigos refeitórios durante pelo menos quatro anos. Como justificação a Gestão do Hospital relatou que ativou o Plano de Contingência¹⁹ quando existiam períodos de maior afluência procurando internar em espaços que considera serem adaptados para tal (DN/LUSA, 2019).

3.3. Hospital de Loures

Este projeto de PPP remonta a 2003 tendo sido aprovado em despacho conjunto²⁰ da Ministra de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, a abertura do concurso público internacional. O modelo de PPP adotado foi o DBFO- (Design-Build-Finance-Operate).

O Hospital de Loures iniciou a parceria com o parceiro privado Luz Saúde a 27 de fevereiro de 2012, e têm uma estrutura que se aproxima das estruturas organizativas de entidades Hospitalares do SNS. No que diz respeito a gestão apresenta uma abordagem “de baixo para cima” e focada na descentralização das decisões correntes para centros de gestão.

A reconciliação anual da remuneração que a EPC tem a pagar à EGEst é um processo que leva tempo envolvendo consultores externos para a concretização dos testes de validação da produção ao analisar o gráfico 3 (os valores apresentados referem-se ao número de internamentos e ambulatorios) podemos verificar que com os dados disponíveis é possível afirmar que o caso-base apresenta sempre valores superiores ao contratado isto pode dever-se a uma alteração populacional da região ou outro fator que foi previamente estudado.

¹⁹ **Plano de Contingência** plano em caso de emergência, que consiste numa estrutura estratégica e operativa que ajudará a controlar uma situação de emergência e a minimizar as suas consequências negativas.

²⁰ Despacho Conjunto n.º 133/2004, Publicado no DR de 10 de março de 2004.

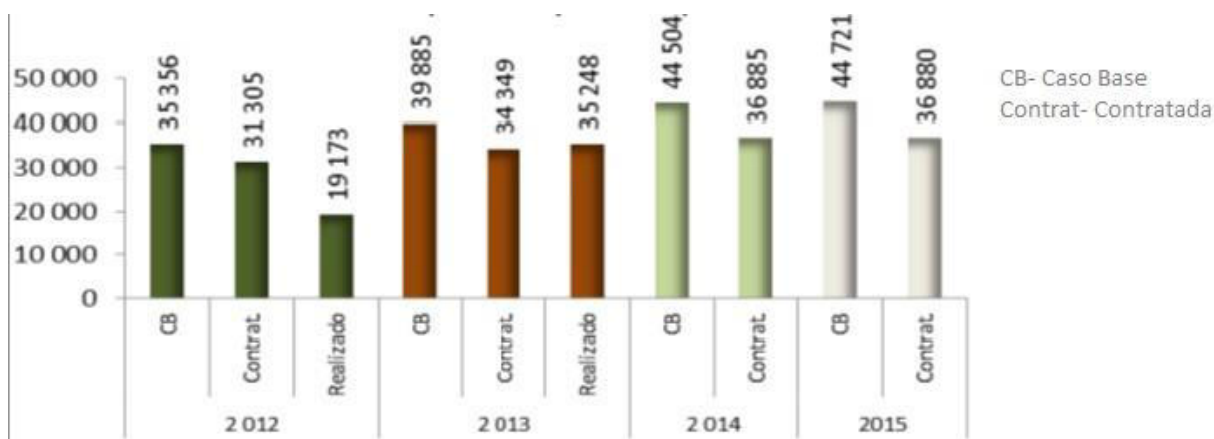


Gráfico 3- Produção. Internamento e Ambulatório Médico e cirúrgica do Hospital de Loures
Fonte: Relatório do Tribunal de Contas (2015)

A produção anual contratada para a EGEst, resultado do entendimento entre as partes da parceria, apenas nos dois primeiros anos foi superior, tendo nos restantes anos sido inferior à prevista, no modelo financeiro como apresentado na tabela 4 (valores apresentados na tabela em euros €)

| Parcela a cargo do SNS | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Modelo Financeiro* | 58 366 185 | 70 631 711 | 80 462 160 | 82 885 753 |
| Contratado | 58 962 243 | 73 813 394 | 76 591 782 | 78 917 730 |

Tabela 4- Encargo do SNS: Modelo financeiro vs contratado Hospital Loures
Fonte: Relatório Tribunal de Contas (2015)

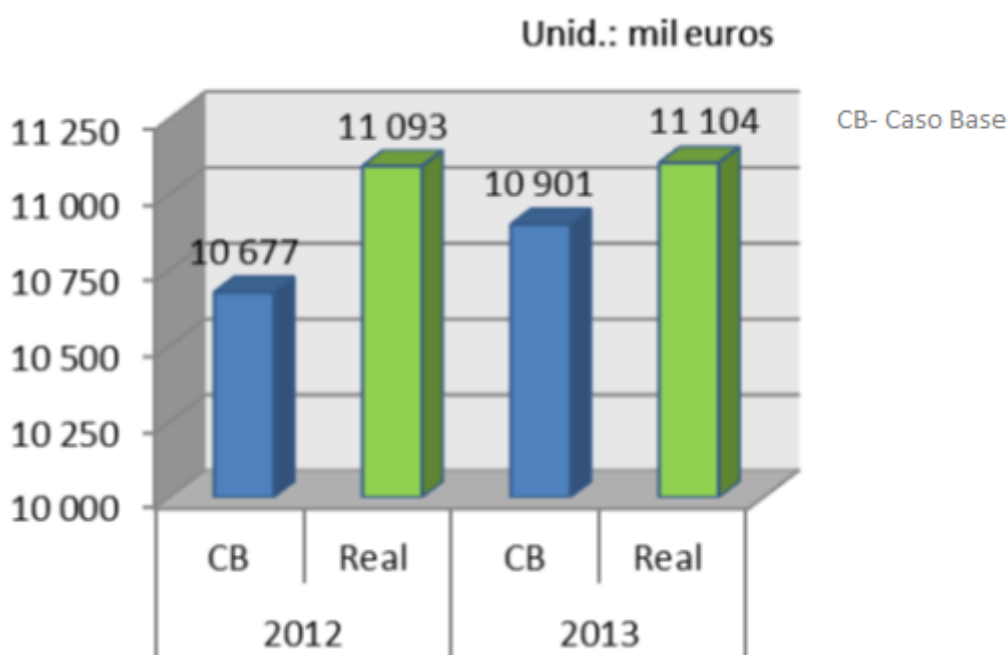
Ambas as capacidade instalada e produção realizada, apresentaram um aumento ao longo dos anos da parceria, aponta o estudo estratégico e económico-financeiro, ainda que não existam números concretos acerca deste facto, mas de acordo com os Planos de Desempenho da ARSLVT parece ser possível fazer esta afirmação.

O Hospital de Loures (Beatriz Ângelo), tal como o Hospital de Braga e de Vila Franca de Xira, tem a encargo na PPP do parceiro privado o tratamento de doentes com HIV/sida, tratamentos esses, no caso do Hospital de Loures assumem um custo que ronda os 360 mil euros por mês para cerca de 600 doentes (Petiz, 2020).

As rendibilidades da EGEst alcançadas nos dois primeiros anos apresentaram-se abaixo do previsto no modelo financeiro, embora existisse uma forte tendência de recuperação, ainda que com resultados negativos no segundo ano de atividade Hospitalar. O Hospital de Loures obteve resultados operacionais positivos nas linhas de produção da consulta externa e da urgência.

A Entidade Gestora do Edifício, tem apresentado um bom desempenho que tem sido executado dentro dos parâmetros previstos, sem a ocorrência de litígios que prejudiquem o desempenho da parceria, e as rendibilidades contabilísticas estimadas coincidem com as rendibilidades contabilísticas efetivas.

Quanto à remuneração da EGEEd esta é atualizada anualmente com base no índice de preços ao consumidor sendo que os valores não divergiram muito do previsto no modelo financeiro, apenas no primeiro ano se registou o valor acima do previsto, mas que se deveu à atualização da taxa de inflação ter sido superior ao previsto como se pode verificar no gráfico 4.



*Gráfico 4- Remuneração EGEEd do Hospital de Loures
Fonte: Relatório Tribunal de Contas (2015)*

Segundo a ARSLVT não existirá renovação do contrato de PPP do Hospital de Loures, de acordo com uma avaliação técnica que refere não serem verificadas condições que são incompatíveis com atual redação do contrato e com regras de contratação pública. Garante ainda que continuará a ser assegurada a prestação de cuidados de saúde aos utentes, esta decisão foi comunicada em despacho dia 21 de fevereiro de 2019, sendo que este contrato de PPP terminará a 18 de janeiro de 2022, data a partir da qual a unidade deixará de ser gerida pelo parceiro privado que o fez durante 10 anos (Rocha, 2020).

3.4. Comparação

Após a análise das PPP, temos uma base de informação sobre a qual se podem gerar comparações, e até mesmo referir aspetos que possam ser relevantes, mas que só numa base comparativa farão sentido.

Das parcerias analisadas pode concluir-se desde já que a principal razão para o recurso ao regime de PPP parece dever-se aos custos elevados, de uma construção ou reconstrução do Hospital. Em particular no caso do Hospital de Vila Franca de Xira, foi realizado um estudo que demonstrou que o *value for money* gerado em regime de PPP seria superior que no caso de regime público, assim como um aumento da qualidade dos serviços. No caso de Braga, a PPP justifica-se em particular pelo facto de um estudo ter apontado que este regime iria aumentar a oferta de cuidados de saúde da população, enquanto que no caso do Hospital de Loures foi devido à particularidade de tentar inovar os seus serviços e aumentar a qualidade destes.

As três PPP enquadram-se na primeira vaga de PPP na saúde, que se iniciou em 2001, a primeira PPP foi a do Hospital de Braga em 2009, seguindo-se Hospital de Vila Franca de Xira em 2011 e por último o Hospital de Loures em 2012. Assim podemos verificar que, as parcerias analisadas têm uma diferença de período temporal consideravelmente pequeno (Esquerda, 2011).

A nível do modelo todas as PPP têm o mesmo, este está estipulado para todas as PPP no setor da saúde em Portugal.

A nível da produção (em número de internamentos e ambulatorios) comparando num período de 2010 a 2015 (foi escolhido este período pelos dados reunidos), na tabela 5 (a vermelho a produção ultrapassada ou seja o prejuízo para o parceiro privado, e a verde a produção que não gerou prejuízo por não ultrapassar a capacidade contratada, analisar tabela na ótica de parceiro privado, valores apresentados em euros €) podemos verificar que no período de 2010 a 2015 excetuando o Hospital de Braga os restantes conseguiram ultrapassar sempre a Produção Contratada. Este facto deveria ser positivo, mas o Estado não o considera com tal pois considera que quando ultrapassa o que está contratado, o serviço perde qualidade e se ultrapassar em grande escala nem irá remunerar essa atividade que superou. Já o Hospital de Vila Franca de Xira não ultrapassou, desde o

início da parceria, a produção contratada, enquanto o Hospital de Loures no seu segundo ano de PPP ultrapassou também a produção contratada.

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------------|
| P. Contratada | 35 506,00 | 58 991,00 | 63 461,00 | 78 621,00 | 78 241,00 | 79 590,00 | Hospital de Braga |
| P. Realizada | 37 545,00 | 46 328,00 | 68 550,00 | 79 547,00 | 82 868,00 | 85 684,00 | |
| P. Elegível | 35 881,00 | 46 052,00 | 68 099,00 | 79 166,00 | 82 567,00 | n.d. | |
| P. Contratada | - | 22 800,00 | 51 300,00 | 54 300,00 | 62 200,00 | 64 000,00 | Hospital de Vila Franca de Xira |
| P. Realizada | - | 22 800,00 | 51 300,00 | 54 300,00 | 59 600,00 | 61 200,00 | |
| P. Elegível | - | 23 400,00 | 52 600,00 | 51 200,00 | 55 200,00 | 61 200,00 | |
| P. Contratada | - | - | 31 305,00 | 34 349,00 | 36 885,00 | 36 880,00 | Hospital de Loures |
| P. Realizada | - | - | 19 173,00 | 35 248,00 | n.d. | n.d. | |
| P. Elegível | - | - | 35 356,00 | 39 885,00 | 44 504,00 | 44 721,00 | |

Tabela 5- Produção Hospitais analisados
Fonte: Elaboração Própria

Quanto à capacidade de internamento, ao gráfico 5 este apresenta o número de camas de cada Hospital analisado, sendo o Hospital de Braga aquele que mais camas apresenta seguindo-se Loures e por último Vila Franca de Xira.

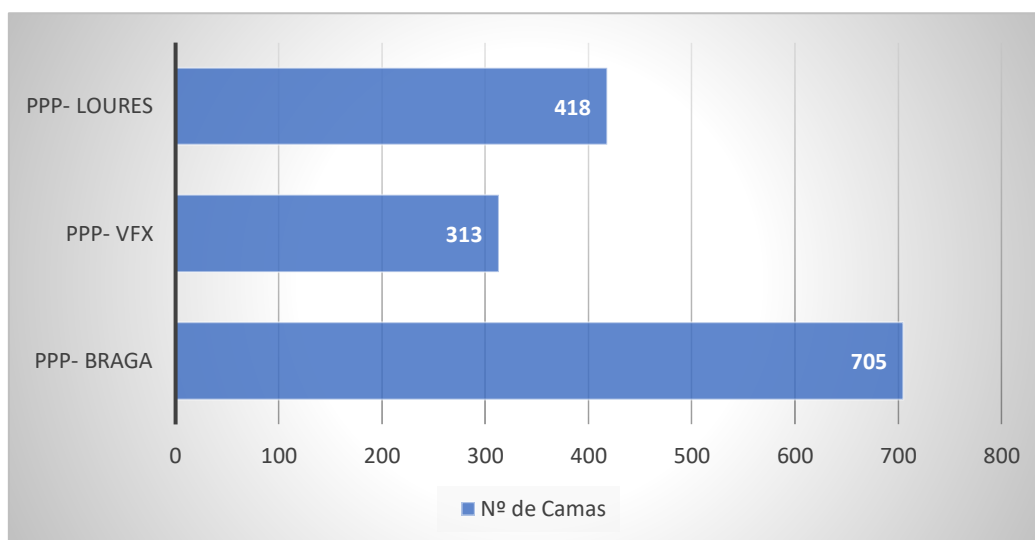


Gráfico 5- Cap. de Internamento / Número de Camas de cada Hospital
Fonte: Elaboração Própria

Com os dados disponíveis é possível comparar a remuneração do modelo financeiro e a contratada anualmente da PPP de Vila Franca de Xira, e Loures (tabela 6 – a vermelho os valores que excederem o acordado a verde os valores que não ultrapassaram, analisar tabela na ótica do parceiro privado, valores apresentados euros €), podendo-se afirmar que no caso da PPP de Vila Franca de Xira, a Remuneração apenas excedeu o previsto no modelo nos dois primeiros anos de atividade. Já a PPP de Loures nos dois primeiros anos apresentou valores de remuneração inferiores ao previsto no modelo financeiro, e nos

dois anos seguintes foi superior ao previsto, o que demonstra que a PPP de Vila Franca de Xira conseguiu melhorar os seus resultados, enquanto que a PPP de Loures piorou.

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
|-----------------|------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| Contratado | - | 23 400 000,00 | 52 600 000,00 | 51 200 000,00 | 55 200 000,00 | 61 200 000,00 | Hospital de Vila Franca de Xira |
| Mod. Financeiro | - | 22 800 000,00 | 51 300 000,00 | 54 300 000,00 | 62 200 000,00 | 65 900 000,00 | |
| Contratado | - | - | 58 366 185,00 | 70 631 711,00 | 80 462 160,00 | 82 885 753,00 | Hospital de Loures |
| Mod. Financeiro | - | - | 58 962 243,00 | 73 813 394,00 | 76 591 782,00 | 78 917 730,00 | |

*Tabela 6- Remuneração PPP EGEst
Fonte: Elaboração Própria*

Como atrás referido nas três PPP os tratamentos de VIH/sida e “hepatite C”, são a cargo dos parceiros privados. Este encargo é muito pesado a nível anual e até mesmo mensal para qualquer um dos Hospitais, pelo que todos eles alegam que este facto é insustentável.

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| Mod. Financeiro | 17 008 235,00 | 22 785 484,00 | 22 895 477,00 | 23 007 671,00 | n.d. | Hospital de Braga |
| Real | 16 351 440,00 | 22 681 922,00 | 22 683 307,00 | 22 680 674,00 | n.d. | |
| Mod. Financeiro | - | - | 23 886 779,00 | 23 334 182,00 | 23 218 182,00 | Hospital de Vila Franca de Xira |
| Real | - | - | 23 980 293,00 | 23 468 962,00 | 23 328 511,00 | |
| Mod. Financeiro | - | - | 10 677 000,00 | 10 901 000,00 | n.d. | Hospital de Loures |
| Real | - | - | 11 093 000,00 | 11 104 000,00 | n.d. | |

*Tabela 7- Remunerações PPP EGEd
Fonte: Elaboração Própria*

Podemos ainda afirmar, com base na tabela 7 (a vermelho os valores que ultrapassaram o previsto no início do projeto a verde os que não ultrapassaram, analisar tabela na ótica do parceiro privado, os valores apresentados são em euros €), que só o Hospital de Braga apresentou uma remuneração da EGEd dentro do previsto, tanto o de Vila Franca de Xira, como o de Loures, apresentam valores superiores ao previsto nos períodos apresentados.

O Hospital de Braga apresenta na clausula 131^a do seu Contrato de Gestão um aspeto contrário às PPP de Vila Franca de Xira e Loures, isto é, prevê no Contrato de Gestão a atualização dos modelos financeiros, das sociedades gestoras, prática esta que vai ao encontro de recomendações produzidas pelo Tribunal de Contas em anteriores relatórios de auditoria.

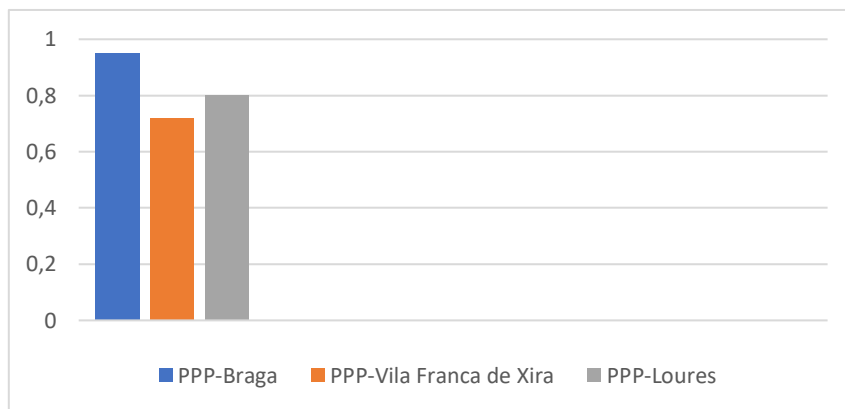
Tanto no Hospital de Braga, como no de Loures, de forma a apreciar o *value for money* da gestão Hospitalar da parceria, é realizado um acompanhamento sistemático e efetivo da atividade Hospitalar, no qual se recorre a uma comparação com Hospitais de gestão pública. Nessa comparação pretende-se apreciar a sustentabilidade/continuidade da prestação do serviço público em PPP e apreciar o acompanhamento e controlo da execução do contrato de gestão Hospitalar desenvolvido pela Entidade Contraente.

Nas PPP do setor saúde é comum serem construídos Hospitais de substituição, e que, como os casos estudados, só faria sentido assim pois grande parte dos custos que justificaram esta PPP, são a não exploração pública, e a construção de novas instalações. A decisão de investimento do parceiro privado é o modelo financeiro, pois este, estima o valor dos pagamentos a suportar pelo parceiro público uma vez iniciado o projeto de PPP. É importante comparar com o modelo financeiro pois só assim é possível melhorar os modelos financeiros futuros e até mesmo identificar causas para diferenças de valores da realidade ao modelo financeiro.

Os índices determinam-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes (definição na Circular Normativa N.º 3/2008 do Ministério da Saúde) ponderados pelos pesos relativos dos respetivos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), definidos na Portaria n.º 839-A/2009 do Ministério da Saúde, que refletem as diferenças inerentes às doenças. Este índice apenas pode ser calculado para o internamento e para as cirurgias em ambulatório, porque estas são as únicas linhas para as quais existe um registo e determinação de ponderadores, efetuada pelo Ministério da Saúde (Castro, Portela, & Camanho, 2019).

Deve recorrer-se ao índice de *case mix* (*ICM*)²¹ para ponderar a produção de um Hospital, no que diz respeito à proporção de doentes com patologias complexas e consequentemente consumidoras de recursos. Como podemos verificar no gráfico 6, o *ICM* das três PPP analisadas em 2015, o *ICM* de Braga é a que apresenta maior índice de *Case-Mix* seguindo-se Loures e Vila Franca de Xira.

²¹ **Case-Mix** é o coeficiente global de ponderação da produção dum Hospital, refletindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e consequentemente mais consumidoras de recursos (State of California, 2019).



*Gráfico 6- Índice de Case-Mix das PPP
Fonte: Elaboração Própria com base em dados da ARS (2016)*

Ao analisarmos o gráfico 6, confirma-se como observamos anteriormente o *ICM* de cada hospital está de acordo com o seu número de camas isto é o Hospital de Braga apresenta uma maior produção logo tem mais camas supostamente seguindo-se o Hospital de Loures e por último o Hospital de Vila Franca de Xira.

Nas análises anuais de eficácia realizadas pelo Estado são utilizados parâmetros diferentes o que pode comprometer as comparações realizadas tanto entre diferentes PPP como entre PPP e Hospitais de gestão pública.

Relativamente a atividade Hospitalar global pôde concluir-se, que o Hospital de Loures, foi o que melhor resultados apresentou, no seu grupo de Hospitais de Lisboa e Vale do Tejo (LVT).

A PPP de Vila Franca de Xira (assim como a de Braga), diferencia-se da PPP de Loures, pelo facto de que em Vila Franca de Xira já existir previamente em funcionamento um Hospital, tendo a PPP tido o seu início, praticamente no início do contrato, enquanto que a PPP de Loures apenas se iniciou nas novas instalações não se tratando na realidade, de um Hospital de substituição. Este facto tem um impacto nas comparações uma vez que num período mais curto a PPP de Vila Franca de Xira se encontra mais desenvolvida.

A nível de término do contrato da EGEst podemos concluir, que se verificou que nenhum dos contratos foi renovado. Todos os contratos apresentaram aspetos próprios, assim como problemas a uma possível renovação com espaço para correção do que correu mal, que poderia não ser o mais adequado.

É ainda importante salientar um aspeto que pode ser um grande influenciador no que diz respeito às PPP, este é o fator político, assim sendo, será realizada uma comparação dos partidos políticos que estiveram a dirigir o país, no passar dos anos desde 2009 ano em

que se iniciou a PPP do hospital de Braga até 2024 o mais atual possível, com isto apresenta-se a figura 3 na qual se pode identificar os partidos políticos que venceram as eleições para a Assembleia da República desde 2005 à atualidade.

Com auxílio da figura 3 e com fontes de jornais²² e de programas eleitorais dos anos referentes a cada mandato, é possível deduzir que entre 2005 e 2006, a Estrutura de Missão Parcerias Saúde gastou 10,2 milhões de euros, 8,4 dos quais em estudos, anos em que foi o Partido Socialista o vencedor na Assembleia da República. Em 2007 é lançado o segundo concurso para o Hospital de Loures.

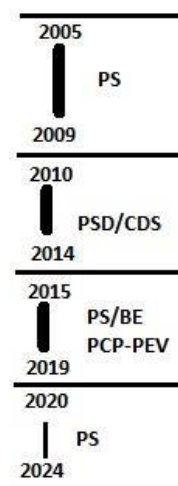


Figura 3 - Partidos Políticos Vencedores na Assembleia da República
Fonte: Elaboração Própria

Ainda analisando a figura 3 podemos verificar que a maior aposta em PPP no setor da saúde foi no período que o país atravessava dificuldades económicas (crise económica), podemos referir então que foi nos anos 2005 a 2014 e os partidos que estavam no governo nesse período foram, o Partido Socialista (PS) de 2005 a 2009, e o Partido Social Democrata em coligação com o Partido de Centro Democrático Social (CDS), estes de alguma forma apostaram nas PPP no setor da saúde, tendo ainda em conta que mais hospitais no período de 2005 a 2009 deveria ter entrado em regime de PPP o que não se veio a verificar.

Na discussão do Orçamento de Estado para 2008 verificou-se a disparidade entre os custos orçamentados na sede pelo Governo, no que concerne às quatro PPP, e os custos imputáveis ao Estado inicialmente previstos nos concursos. No que diz respeito ao

²² Costa (2011)- Costa, J. (20 de Março de 2011). Esquerda.

concurso de Braga, a disparidade é de 499,4 milhões de euros. A Ministra da Saúde, Ana Jorge, anunciou então que apenas Cascais, Vila Franca de Xira, Loures e Braga teriam gestão privada.

Todas as PPP analisadas foram referidas acima e foram defendidas pelo primeiro ministro do período José Sócrates este defendeu que as parcerias público-privadas são úteis para a construção, referindo que é difícil ao Estado acompanhar e assegurar o cumprimento integral dos contratos e a plena salvaguarda do interesse público em todas as situações.

Deveria ter estado em funcionamento até finais de 2009, os Hospitais de Braga, Guarda, Vila Franca de Xira Sintra, Cascais, Loures, Algarve e Évora, ao contrário do previsto o mesmo não se verificou.

A construção dos novos Hospitais de Braga e de Loures só teve início em 2009, prevendo-se que entrassem em funcionamento em 2011 e 2012, respetivamente. Já quanto ao Hospital de Vila Franca de Xira estava previsto o início da construção em 2011.

As PPP no setor da saúde desenvolveram programas, contudo as PPP em hospitais têm deixado muito a desejar, de salientar que como se verifica na figura 4, a decisão do início das PPP deu-se no mandato do Partido Socialista e enquadram-se com as políticas de melhoria e revisão de aspetos de políticas contatuais de PPP.

| Years | Cabinet | Party | PPP action |
|---------------------|------------------|--------------------------|--|
| 10/1991– 10/1995 | Cavaco Silva III | PSD | No PPP action |
| 19/1995– 10/1999 | Guterres I | PS (minority government) | 1995: First PPP signed by national government Shadow toll (SCUT model) for highway concession operators |
| 10/1999– 04/2002 | Guterres II | PS (minority government) | 2000: Parpública established (www.parpublica.pt) |
| 04/2002– 07/2004 | Barroso | PSD/CDS-PP | 2001: First PPP Task Force set up 04/2003: First PPP law passed, set up of the PPP unit within Parpública |
| 07/2004– 03/2005 | Lopes | PSD/CDS-PP | No major PPP action |
| 03/2005– 09/2009 | Sócrates I | PS | 2006: PPP law amended |
| 10/2009– 06/2011 | Sócrates II | PS | 2009: Opposition criticized PPP 2009: Pausing and review of PPP politics and contracts |
| 06/2011 | Coelho | PSD | Contract review and renegotiating continued |

Figura 4 - Portuguese Cabinet and Their Main PPP Activities
Fonte: *Krumm (2016)*

De referir também que com base na figura 4 podemos verificar que as alterações/evoluções nas PPP em Portugal aconteceram enquanto o Partido Socialista (PS) se encontrava no governo ainda que nos mandatos de 2002 a 2004 e 2010 a 2014 se tenham verificado evoluções e modificações nas PPP e não tenha sido o PS no governo a maior parte ocorreu enquanto este lá se encontrava.

3.5. Crítica

Neste ponto serão referidas críticas a alguns aspetos apresentados nas análises, relativamente a três PPP.

A nível das razões pelas quais se recorreu a PPP, parecem estar bem fundadas, ainda que, no ver da análise realizada até ao momento, só são elegíveis PPP, no caso do custo do projeto seja mais vantajoso em parceria, e no caso deste apresentar um *value for money* superior ao do regime público.

É visível que apenas se recorre a este tipo de projetos quando existe uma construção associada, isto é, o custo de construção ou reconstrução é o que justifica os projetos, realidade que poderia ser alterada, uma vez que estes tipos de parcerias podem vir a ser o futuro do setor da saúde.

O modelo utilizado de momento pelas PPP no setor de saúde até ao momento é o DBFO. Este modelo enquadra-se com os objetivos pretendidos pelo setor público que é todo o processo desde a construção até a operacionalização, podendo afirmar que, se o modelo foi bem implementado é o indicado para estas parcerias.

Relativamente às remunerações podemos afirmar que, para EGE_d, as remunerações devem ser constantes e só deveriam ser irregulares no caso de alguma catástrofe ou acontecimento irregular que viesse obrigar a EGE_d a investir um montante considerável. De outra forma, a remuneração desta deveria ser estipulada e ser fixa todos os anos. Por outro lado, têm-se a EGE_{st} em que a remuneração é negociada anualmente e reconciliada também todos os anos, suscitando-se problemas, um dos quais é crítico em todas as PPP analisadas, que é o tratamento de VIH/sida e “hepatite C” a cargo do parceiro privado, o qual tem a obrigação de seguir os preços tabelados pelo SNS. Como estes não lhes permitem cobrir os custos destes tratamentos, são como tais, uma fonte de prejuízo.

Enquanto que a EGE_d tem duas componentes de remuneração, que são a remuneração base anual correspondente à disponibilização do Novo Edifício Hospitalar, e uma componente relativa a eventuais deduções à remuneração devida, em função dos níveis de desempenho alcançados pelo parceiro privado, no que diz respeito às EGE_d após os dois primeiros anos encontra-se uma normalidade nas remunerações, não se verificando grandes discrepância ao previsto.

Por outro lado, a remuneração está diretamente ligada com produção e esta com a capacidade, ou seja, a remuneração limita a produção uma vez que quando as PPP produziam muito acima do acordado anualmente, estas não eram remuneradas, e numa outra vertente limitadora da produção têm-se a capacidade do Hospital, que não pode suportar mais produção que um certo número. No exemplo, refere-se o caso do Hospital de Vila Franca de Xira que em meses de maior afluente ativou o plano de contingência para internar doentes em antigos refeitórios. Uma vez que este acontecimento se repetia todos os anos, esta deveria, após o primeiro ano e uma vez que havia disponibilidade de espaço, procurar uma solução junto do parceiro público, que poderia passar pela adaptação/transformação do espaço dos antigos refeitórios em espaços adaptados para internamento. Do meu ponto de vista tal não aconteceu, pois, os custos seriam a cargo da EGEEd, e uma vez que esta, num curto prazo, apenas poderá diminuir as perdas dos seus acionistas, tal solução não foi tomada em conta.

Anualmente são realizados acertos para verificar o valor a reconciliar, recorrendo-se a testes de auditoria realizados. É importante a realização destas reconciliações embora seja referido em cada contrato, um valor percentual 10% e que o valor real não pode diferir do previsto normalmente, os valores reais de remuneração por parte do SNS são sempre superiores ao previsto. Que ultrapassa a percentagem estipulada no contrato, essa parte que passa do valor percentual ficará a cargo do parceiro privado como já referido anteriormente.

Os parâmetros de desempenho dos Hospitais analisados em aspetos de qualidade e segurança dos cuidados prestados, são mais exigentes que a praticada em Hospitais de gestão pública, o que gera uma discriminação de exigência e um sentimento de desigualdade. Os Hospitais de gestão pública deveriam ser sujeitos aos mesmos níveis de monitorização e exigência, a que são sujeitos os Hospitais geridos em regime de PPP, de forma a garantir que os objetivos anuais cumpridos em comparação com Hospitais de gestão pública se encontram acima do previsto.

Anualmente devem existir procedimentos que devem ser bem estudados e previstos de forma que a PPP funcione da melhor forma. Assim anualmente deveria ser:

- Negociada a produção;
- Existir uma avaliação global (trimestral também), do desempenho;
- Apurados os valores de reconciliação.

Estes procedimentos são fulcrais para o sucesso das PPP, pois caso estes sejam mal planeados/negociados, começarão a ser frequentes problemas, como se verificou numa das PPP analisadas (Vila Franca de Xira). Esta negociação é também uma forma de garantir que os objetivos anuais a cumprir pelas EGEst sejam exigentes, embora nos casos previstos estes objetivos sejam limitados pelo orçamento disponibilizado pelo Estado.

Como mostra a figura 5, a origem das remunerações das EGEst provém, principalmente na base das taxas moderadoras dos utentes, noutra vertente por terceiros pagadores através de companhias de seguros, tribunais, independentes, e por parte da Entidade Pública Contraente, a parcela a cargo do SNS. Estas remunerações são previstas anualmente e caso a parcela a cargo do SNS difira muito do previsto, esse diferencial fica a cargo do parceiro privado, ainda que para o privado a maximização dos lucros é impossível pois os preços que pratica e a remuneração que a EGEst apenas suportam um cenário possível: no prazo do contrato de 10 anos, apenas será possível diminuir as perdas dos acionistas. Somente com uma possível renovação seria possível esta maximização dos lucros para os acionistas.



Figura 5 - Origens da Remuneração anual
Fonte: Relatório do Tribunal de Contas (2016)

Após a análise dos Hospitais pôde deduzir-se que, anualmente, são realizadas atualizações ao modelo financeiro e realizadas previsões, sendo ajustadas as quantidades a produzir com produção acordada em cada ano. São também realizados relatórios de auditorias anuais para verificar, se o que se prevê e o modelo financeiro, estão em comprimento, se aproximam, coincidem, ou diferem largamente. Isto é importante, mas

as auditorias devem ser rigorosas de forma a que as informações que constam no relatório sejam o mais reais possível.

O contrato de gestão prevê também uma cláusula que são as multas aplicáveis em caso de incumprimento do previsto no contrato, multas essas que o parceiro privado paga e que o revertem a favor do Estado. Estas multas muitas das vezes não resolvem o problema que as motivou, pelo que, neste caso deveria ser realizado um acompanhamento por parte de um agente público que acompanhasse a resolução deste problema e que estipulasse prazos inferiores a um ano, uma vez que no final os prejudicados serão os utentes, e muitas das vezes, ou leva muito tempo a sua resolução, ou nem chegam a ser resolvidos.

Ainda existem lacunas nas PPP em Portugal pois das três PPP analisadas, todas elas apresentaram problemas de rendibilidade para o parceiro privado, o que poderá comprometer o futuro de PPP. Uma vez que a rendibilidade destas permanece numa possível renovação do contrato da EGEst, e uma vez que o mesmo não se verifica, começando a surgir uma certa dúvida por parte dos privados, até porque, em regime de PPP, tem os preços de acordo com SNS, o que os impossibilita de maximizar a sua rendibilidade.

Para Petiz (2020), acabar com as PPP não resulta numa resolução, qual passe de mágica dos problemas que afetam o SNS, pelo contrário, limitará a exposição do SNS a diferentes modelos de gestão, para mais ignorando os resultados de estudo independentes, alguns deles levados a cabo por estruturas do próprio Estado, que têm sistematicamente comprovado os benefícios económicos, de eficiência e qualidade do desempenho dos Hospitais PPP. Estes benefícios económicos são notáveis, mas ainda existem pontos fulcrais a abordar para que estas PPP sejam um futuro para os Hospitais, como por exemplo a negociação de remunerações, limitações de produção, e capacidade. Estes aspetos deveriam estar virados para a população e não para o orçamento.

Verificou-se que relativamente aos contratos de PPP analisados, nenhum foi estendido, o que deixa uma dúvida crescente para o privado, levando a justificar se compensa realmente entrar numa PPP. Quando à partida já se têm em conta que a renovação é pouco provável, e que só com uma renovação se poderia maximizar os benefícios para os acionistas privados, não se pode pedir a um privado que está a agir em PPP que apresente um desempenho excepcional quando este não consegue maximizar os lucros, parece ser discriminado em comparações com Hospitais de gestão pública.

Ainda existe um grande caminho a percorrer para que as PPP sejam a opção mais vantajosa para os utentes destes serviços, uma vez que para um Hospital ter parâmetros de desempenho bons, seria necessário que houvesse uma gestão partilhada, assim os objetivos e os problemas poderiam ser decididos a pensar, para o privado nos acionistas e para o público a pensar no *value for money*. Qualquer problema verificado seria reportado diretamente de cada uma das partes no mínimo tempo possível às entidades responsáveis.

Uma das soluções para que exista uma forma de entreajuda entre parceiros privados, poderia passar por ser criada uma associação de PPP, na qual os parceiros privados se deveriam reunir e discutir problemas comuns e particulares nas suas PPP, de forma a trocar experiências, soluções, e até mesmo alterações no contrato de futuras PPP.

Existem evidências após a análise das PPP, que permitem afirmar que a partilha de risco entre o público e o privado não pode ser considerada igual, como deveria ser, uma vez que parece existir um lado que está a sair prejudicado, enquanto que outro não, como se pode verificar a nível das renovações necessárias para a criação de lucro para o privado, ou a nível dos encargos muito dispendiosos que devem ser suportados pelo privado.

A partilha do risco está de acordo com modelos estudados e estruturados, mas como provado e numa opinião superficial, talvez estes modelos fossem mais eficazes se adaptados, e se a partilha de risco fosse alterada de forma a que as futuras PPP pudessem ter uma partilha de risco justa. Ao nível do risco político, como já verificamos, parece existir dois partidos que se sobressaem e que vão realizando renegociações que são o Partido Socialista e o Partido Social Democrata, mas estes não têm apresentado grande risco nesta vertente, no que diz respeito ao risco financeiro, notou-se que as PPP analisadas têm apresentado dificuldades e têm visto este risco a crescer.

3.6. As PPP no futuro

A falta de sustentabilidade por parte das finanças públicas de Portugal leva a que os encargos futuros das PPP's tenham ultimamente reduzido, e de futuro por reverter para regime de gestão pública.

A imagem pública negativa que a criação de PPP's tem vindo a ganhar para o setor privado e conseqüentemente o excesso da sua utilização criaram uma rejeição ao modelo, gerando-se algumas reservas relativas a situações futuras. Assim para Sarmiento (2013), a futura utilização deste modelo, é fundamental o reconsiderar a sua utilização, redefinir o modelo de modo a estipular critérios rigorosos de investimento público bem como privado e instrumentos que garantam a sustentabilidade orçamental.

Neste sentido, são também apontadas outras soluções evitando que este modelo não passe a ser obsoleto, tais como: a melhoria do processo de decisão; o melhor tratamento orçamental; a transparência, responsabilização e participação de todos os agentes envolvidos; definir um modelo de governo com competências técnicas apropriadas concebendo uma agência pública de PPP; garantir uma efetiva gestão dos contratos e ampliar a capacidade negocial do Estado (Sarmiento, 2013).

Embora a imagem que de momento está a ser passada pelos media, em grande parte desfavorável para que sejam criadas PPP, numa análise mais aprofundada podemos afirmar que caso estas parcerias num futuro fossem bem estruturadas e negociadas, estas poderiam vir aumentar a qualidade dos serviços de saúde, bem como gerar uma maior inovação deste setor. O que passa a ser necessário de momento não é extinguir as PPP, mas sim apostar nestas e ter uma monitorização mais rigorosa e mais atempada, que permita uma identificação e solução de problemas no mínimo tempo possível.

Como verificámos muitos foram os problemas identificados nas PPP analisadas, mas caso fosse possível renovar o contrato com a condição de que, os problemas identificados teriam que ser resolvidos num prazo inferior a um ano, e juntando a experiência e o conhecimento ganho pelos parceiros privados nos 10 anos que estiveram a gerir os Hospitais.

Como se pode evidenciar após uma análise às PPP de Braga, Vila Franca de Xira e Loures, verificou-se que em nenhum dos casos existiu uma renovação com o mesmo parceiro, deixando aqui em aberto a questão, de que o facto de se realizar uma nova PPP irá evitar os erros cometidos na anterior, ou seria melhor tentar uma renovação uma vez que os erros foram reconhecidos, e a experiência adquirida permite um melhor desempenho?

Relativamente ao Hospital de Loures, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) foi designada representante do Estado Português, “para efeitos da arbitragem, nos termos do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, no âmbito do litígio que opõe o Estado Português à SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures”. Em causa está, de acordo com o comunicado, a “elegibilidade de atos de produção e da avaliação do cumprimento dos parâmetros de desempenho de serviço no âmbito do contrato de gestão em regime de parceria público-privada em vigor” (Cruz M. , 2020).

O Hospital de Braga e Vila Franca de Xira segundo a resolução do Conselho de Ministros²³ “mandata a área governativa da Saúde para a elaboração do enquadramento jurídico relativo à internalização” daquela unidade hospitalar, ou seja, a passagem para a esfera pública, tal como já aconteceu com o Hospital de Braga (Faria, 2019).

²³ Despacho n.º 4040/2019 de 29 de abril de 2019.

Conclusão

A fim de atenuar o risco de parcialidade a favor da opção PPP, promover uma maior transparência, e assegurar que as PPP podem ser apoiadas de forma eficaz por fundos da UE, segundo Fara, et al. (2018), o Tribunal de Contas recomenda que a:

- Comissão associe o apoio da UE a projetos de PPP, à garantia de que a escolha da opção PPP era justificada por considerações relativas à otimização dos recursos, e, portanto, não era indevidamente influenciada por considerações relativas a condicionalismos orçamentais ou ao seu tratamento estatístico;
- Estados-Membros reforcem a transparência através da publicação regular de listas de projetos de PPP, que incluam dados suficientes e úteis sobre os ativos financiados, os seus compromissos futuros e o seu tratamento contabilístico, assegurando simultaneamente a proteção de dados confidenciais, e sensíveis do ponto de vista comercial,
- Comissão avalie a complexidade adicional de projetos de PPP de financiamento misto da UE, com vista a tomar mais medidas destinadas a simplificar as regras e os procedimentos aplicáveis dos programas da UE.

Após a análise dos três projetos concluiu-se que ainda existe muito trabalho a ser feito na área da PPP no setor da saúde, uma vez que são muitos os problemas encontrados, como por exemplo as negociações a nível de orçamento, produção a realizar, capacidade contratada, e encargos para cada parte da parceria.

Estes problemas foram o que tornaram estas PPP num mau exemplo, da parte do Estado podemos referir que o facto de renovar os contratos com as Entidades Gestoras dos Estabelecimentos é importante pois permite que estas consigam num segundo período aumentar os seus lucros e rentabilizar o projeto, assim como aprender com os erros, mas o mesmo não se tem verificado.

Tendo em conta que quando se identificam erros como por exemplo o de capacidade no caso de Vila Franca de Xira, a solução passa pela não renovação do contrato, ao invés de uma possível renovação com um acompanhamento mais rigoroso, e com medidas mais rigorosas e prazos mais curtos.

Ao longo deste projeto, as maiores dificuldades que encontramos residem, na análise dos contratos dos projetos, pelo facto de estes apresentarem extensos e com diversos anexos,

alguns até indisponíveis. Por outro lado, na análise dos relatórios do Tribunal de Contas, por vezes os períodos em análise não eram os mesmos de projeto para projeto, o que dificultava uma futura comparação, e o que limitou as comparações efetuadas. Outra dificuldade sentida, foi encontrar fontes com dados absolutos acerca de valores relativos a remunerações e a custos totais.

Não obstante e face ao anterior exposto, foi possível superar estas dificuldades nomeadamente seguindo diferentes caminhos para obtenção do mesmo objetivo, estes mudaram várias vezes, mas prosseguindo sempre o mesmo objetivo final.

Para possíveis investigações futuras que tenham por base este projeto, considera-se essencial escolher uma amostra maior, de forma que esta permita realizar um estudo mais aprofundado e referindo aspetos fundamentais de um outro ponto de vista, criando uma base comparativa maior e mais sustentada. É fundamental também para um cenário futuro o trabalho de campo, fator este que não foi possível realizar durante este estudo por limitações profissionais que não eram compatíveis com o tempo previsto para a elaboração desta investigação.

Referências

- Asian Development Bank. (2013). *Guidebook on Public–Private Partnership in Hospital Management*. Mandaluyong: Asian Development Bank.
- Bilhim, J. (2008). *Ciências da administração*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação-Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bromley, D. B. (1986). *The case-study method in psychology and related disciplines*. New York: John Wiley & Sons.
- Carpinteiro, J. A., Fonseca, P. M., Carreiro, A. I., & Filipe, P. A. (2015). *Auditoria ao Contrato de Gestão do Hospital de Loures em Regime de Parceria Público Privada*. Lisboa: Tribunal de Contas.
- Carpinteiro, J. A., Fonseca, P. M., Carreiro, A. I., & Filipe, P. A. (2016). *Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada*. Lisboa: Tribunal de Contas.
- Carpinteiro, J. A., Fonseca, P. M., Carreiro, A. I., & Filipe, P. A. (2019). *Auditoria de resultados à execução do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira em PPP*. Lisboa: Tribunal de Contas.
- Castro, R. A., Portela, C. S., & Camanho, A. S. (28 de maio de 2019). *Benchmarking dos serviços dos hospitais portugueses: uma aplicação de data*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Corte, M. G., Sarturi, R. C., & Possa, L. B. (2019). *Agendas Políticas Globais e Locais e as Práticas Contemporâneas em Educação*. São Paulo: Pimenta Cultural.
- Cruz, C. O., & Marques, R. C. (2012). *O Estado e as Parcerias Público-Privadas* (1ª ed.). (M. Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Silabo.
- Cruz, M. (13 de fevereiro de 2020). Conselho de Ministros aprova nova PPP. *observador*. Obtido de observador.
- Esquerda. (2011). Cronologia das PPP na área da Saúde. *Esquerda*, 10. Obtido de Esquerda.

- Fara, G., Hai, D., Obermayr, T., Grassi, E., Herics, O., Latopoulou, C., . . . Puricella, P. (2018). *Parcerias Público Privadas na UE: Insuficiência generalizadas e benefícios limitados*. Luxemburgo: Tribunal de Contas Europeu.
- Faria, N. (12 de abril de 2019). Governo fixa prazo de cinco anos para avaliar eventual nova PPP para Hospital de Braga. *Público*.
- Gil. (2002). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: Tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 20-29.
- Krumm, T. (2016). *The Politics of Public–Private Partnerships in Western Europe: Comparative Perspective*. Northampton: Edward Elgar.
- Meidutė, I., & Paliulis, N. K. (2011). Feasibility Study of Public- Private Partnerships. *International Journal of Strategic Property Management*, 257–274.
- Oblak, R., Bisticic, A., & Jugovic, A. (2013). Public-Private Partnership - Management Model os Croatian Seaports. *European Management Journal*, 79-102.
- Sarmiento, J. M. (2013). *Parcerias Público-Privadas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Saussier, S., & Brux, J. d. (2018). *The Economics of Public-Private Partnerships: Theoretical and Empirical*. Paris: Springer International Publishing.
- Silva , J. M. (2016). *Parcerias Público-Privadas*. Coimbra: Almedina.
- Tsadqah, E. (2006). *Public-Private Partnerships: A Public Economics Perspective*. Washington: International Monetary Fund.
- Valaguzza, S., & Parisi, E. (2020). *Public Private Partnerships: Governing Common Interests*. Milão: Edward Elgar Publishing.
- Vieira, C. M. (20 de maio de 1999). Revista Portuguesa de Pedagogia. *A credibilidade da investigação científica de natureza qualitativa: Questões relativas à fidelidade e validade*, pp. 89-116.
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications : Design and Methods*. United States: SAGE Publications Inc.

Web grafia

- Amadeo, K. (17 de fevereiro de 2020). *The Balance*. Obtido em 20 de março de 2020, de TheBalance: <https://www.thebalance.com/what-are-sandp-credit-ratings-and-scales-3305886>
- Costa, J. (20 de Março de 2011). *Esquerda*. Obtido em 25 de janeiro de 2020, de Esquerda: <https://www.esquerda.net/dossier/cronologia-das-ppp-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde>
- DN/ LUSA. (11 de setembro de 2019). *Diário de Notícias*. Obtido em 8 de fevereiro de 2020, de DN: <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/vila-franca-de-xira-teme-que-fim-da-ppp-do-hospital-comprometa-cuidados-de-saude-11290672.html>
- Halton, C. (22 de julho de 2019). *Investopedia*. Obtido em 10 de dezembro de 2019, de Investopedia: <https://www.investopedia.com/terms/d/downsize.asp>
- Hemming, R. (28 de fevereiro de 2006). International Monetary Fund. *Staff Team Led by Richard Hemming*, pp. 1-12. Obtido em 18 de novembro de 2019, de <http://www.imf.org>
- Henriques, S. (3 de janeiro de 2019). *Diário de Notícias*. Obtido em 26 de novembro de 2019, de DN: <https://www.dn.pt/pais/hospital-de-braga-passa-para-a-gestao-do-estado-mas-vai-ser-lancada-nova-ppp-porque-10392416.html>
- Jornal de Notícias. (01 de junho de 2019). *Jornal de Notícias*. Obtido em 17 de outubro de 2019, de JN: <https://www.jn.pt/nacional/estado-nao-vai-renovar-ppp-do-hospital-de-vila-franca-de-xira-10966509.html>
- Lamy, M. (2011). *Metodologia da Pesquisa Jurídica-Técnicas de investigação*. Rio de Janeiro: Elsevier. Obtido em 10 de fevereiro de 2020, de <https://pt.slideshare.net/vixyyz/metodologia-da-pesquisa-juridica-tnicas-de-investigao-argumentao-e-redao-marcelo-lamy-2011-elsevier-editora-ltda>
- Petiz, J. (14 de janeiro de 2020). *Dinheiro Vivo*. Obtido em 15 de fevereiro de 2020, de DinheiroVivo: <https://www.dinheirovivo.pt/economia/isabel-vaz-defender-sistema-de-saude-exclusivamente-publico-e-perigoso/>

- Ribeiro, R. L. (26 de março de 2018). *Peso das PPP nacionais no PIB é de 10,8%, o maior da União Europeia*. Obtido em 22 de setembro de 2019, de Diário de Notícias: <https://www.dn.pt>
- Rocha, D. (20 de janeiro de 2020). *Publico*. Obtido em 22 de fevereiro de 2020, de Publico: <https://www.publico.pt/2020/01/20/sociedade/noticia/nao-renovacao-ppp-hospital-loures-assente-avaliacao-tecnica-1901001>
- State of California. (10 de agosto de 2019). *Healthdata*. Obtido em 19 de dezembro de 2019, de Healthdata: <https://healthdata.gov/dataset/case-mix-index>
- Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos. (2010). *UTAP*. Obtido em 6 de novembro de 2019, de UTAP: <http://www.utap.pt/>
- Weihe, G. (12 de abril de 2006). Public-Private Partnerships: Addressing a Nebulous Concept. (L. B. Kaspersen, Ed.) *10th International Research Symposium on Public Management*, pp. 11-40. Obtido em 17 de janeiro de 2020, de https://openarchive.cbs.dk/bitstream/handle/10398/7348/ppp_approaches_guri_16.pdf

Legislação

Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de abril de 2003. Diário da República n.º 97/2003, Série I-A, Ministério das Finanças.

Despacho n.º 4040/2019 de 12 de abril de 2019. Diário da República n.º 73/2019, Série II, Finanças e Saúde - Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto e das Finanças e Adjunto e da Saúde.

Portaria 839-A/2009 de 31 de julho de 2009. Diário da República n.º 147/2009, Série I, 1º Suplemento.