



Instituto Superior  
de Ciências Sociais e Políticas  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

# As Parcerias Público-Privadas na Saúde em Portugal: Análise crítica.

**Mestranda:** Cláudia Parente Rebelo

**Orientador:** Professor Catedrático Doutor João Abreu de Faria Bilhim

**Co-orientadora:** Professora Doutora Maria Asensio Menchero

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Administração Pública

Lisboa  
Setembro 2014

VALORIZAMOS PESSOAS

# **As Parcerias Público-Privadas na Saúde em Portugal: Análise crítica.**

**Mestranda:** Cláudia Parente Rebelo

**Orientador:** Professor Catedrático Doutor João Abreu de Faria Bilhim

**Co-orientadora:** Professora Doutora Maria Asensio Menchero

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Administração Pública

Lisboa

Setembro 2014

Agradeço a todos aqueles que tornaram este trabalho possível, em especial aos meus amigos envolvidos no processo. De facto, quem tem amigos tem tudo.

Agradeço aos meus pais, por sempre me terem apoiado de forma absolutamente incondicional.

Agradeço ao Manel, por existir.

## **RESUMO**

Na sequência dos problemas e desafios impostos à Nova Gestão Pública assiste-se à proliferação de novos instrumentos de gestão pública, entre os quais as parcerias público-privadas (“PPP”). Em Portugal, as PPP ganham particular destaque a partir da década de 1990. No sector da saúde, o modelo de parceria adoptado em Portugal assume uma particularidade relevante, a inclusão da exploração dos serviços clínicos.

A decisão subjacente à escolha deste tipo de instrumento, em Portugal, foi assumida sem que existissem, à data dos factos, dados que comprovassem os resultados positivos do modelo referido, sendo baseada nos benefícios expectáveis, designadamente, os ganhos de eficácia e eficiência associados à gestão privada e a diminuição da despesa pública.

Este trabalho adoptou uma metodologia mista, essencialmente qualitativa, e teve como objectivo principal perceber se, em Portugal, as PPP hospitalares são um instrumento de nova gestão pública bem-sucedido. Neste sentido, analisámos criticamente o processo de lançamento, o modelo implementado e o sucesso percepcionado destas PPP, na óptica dos especialistas da área, procurando, desta forma, acrescentar um contributo válido para a discussão do tema.

**Palavras-Chave: Parcerias público-privadas, Portugal, Saúde, avaliação, sucesso, Nova Gestão Pública.**

## **ABSTRACT**

Further to the problems and challenges imposed to the New Public Management we have been faced with the increase of new public management instruments, notably the Public Private Partnerships (“PPP”). In Portugal, the PPP started to stand out on the 90’s. On the health sector, the partnership model which was adopted in Portugal assumed a relevant particularity in relation to others by including on the model the operation of clinical/medical services.

The decision underneath the choice of this type of instrument in Portugal was made without the existence, at that time, of any data which supported/confirmed the positive gains/results of the above mentioned model. In fact, the choice was based on the forecasted benefits, namely, the effectiveness and efficiency gains related to private management and the reduction of the public expenditure.

This work aims primarily at understanding if in Portugal the “hospitalar” PPPs are a well succeeded new public management instrument. In this sense, we have critically analyzed the procedures for the launch of these PPP, its existing model and its perceived success, on the view of experts of the area, envisaging bringing a valid contribution to the discussion of this subject.

**Key-words: Public-private partnership, Portugal, Health, evaluation, success, New Public Management.**

## Índice

I. Introdução.....	7
II. O caso de estudo: As PPP na Saúde em Portugal.....	9
2.1 Relevância do trabalho .....	9
2.2 Objectivo do trabalho .....	10
2.3 Problemática em questão.....	12
2.4 Metodologia e desenho da investigação.....	13
2.5 Estrutura do trabalho.....	17
2.6 A abordagem própria da Ciência da Administração.....	18
III. As Parcerias Público-Privadas .....	20
3.1 Enquadramento das PPP no contexto da administração pública .....	20
3.1.1 Modelos de Governação .....	20
3.1.2 Instrumentos de implementação de políticas.....	27
3.2 Origem, importância e aspectos relevantes das PPP.....	29
3.3 O que são as PPP? – Indefinição do termo e do conceito.....	30
3.4 Tipos de PPP e outros instrumentos .....	34
3.5 Singularidades e razões justificativas das PPP .....	36
3.5.1 A prestação pública de contas .....	38
3.5.2 As seis dimensões de Forrer <i>et al.</i> ....	38
3.6 As PPP no contexto internacional.....	41
3.7 A experiência das PPP em Portugal.....	43
IV. As PPP na Saúde em Portugal.....	48
4.1 Enquadramento.....	48
4.2 Moldura e metodologia legislativas .....	50
4.3 O procedimento concursal da 1. <sup>a</sup> Vaga de PPP na saúde.....	51
4.4 Caracterização do modelo em análise .....	53
4.5 Caracterização das PPP hospitalares .....	61
V. Enquadramento da investigação sobre as PPP na Saúde em Portugal.....	63
5.1 Definição das variáveis e formulação de hipóteses .....	63
5.2 Caracterização da amostra e recolha dos dados .....	69
5.3 Métodos estatísticos.....	75
VI. Discussão de resultados.....	78
6.1 Análise estatística descritiva .....	78

6.2 Análise de consistência interna das dimensões da escala .....	81
6.3 Construção dos factores e análise de estatística descritiva e correlacional .....	86
6.4 Hipóteses .....	88
6.5 Análise ao Conteúdo .....	103
VII. Conclusões.....	106
Bibliografia.....	113
Índice de acrónimos.....	120
Índice remissivo de quadros e tabelas, figuras e gráficos .....	121
Anexos .....	126

## I. Introdução<sup>1</sup>

As parcerias público-privadas (adiante abreviadamente designadas PPP) na saúde em Portugal são um fenómeno recente, de interesse crescente. Na sequência dos problemas e desafios impostos à Nova Gestão Pública (adiante abreviadamente designada NGP), assiste-se à proliferação de novos instrumentos de gestão pública, entre os quais as parcerias público-privadas. Em Portugal, estes instrumentos ganham particular destaque a partir da década de 1990. No sector da saúde, o modelo de parceria adoptado em Portugal assume uma particularidade relevante, a inclusão da exploração dos serviços clínicos<sup>2</sup>.

Não obstante, atento o carácter inovador do modelo adoptado, a decisão política subjacente à escolha deste tipo de instrumento foi assumida em Portugal sem que existissem, à data dos factos, dados que comprovassem os resultados positivos do modelo referido, tendo a escolha assentado nos expectáveis benefícios, designadamente, os ganhos de eficácia/eficiência associados à gestão privada e a diminuição da despesa pública.

A experiência do Reino Unido<sup>3</sup> e de outros países tem demonstrado que as parcerias não são apropriadas para todo o tipo de projectos, havendo conjunturas em que a provisão pública dos serviços se revela uma abordagem mais eficiente<sup>4</sup> (Allard & Trabant, 2008, p.8). As alturas de crise são reconhecidas como propícias à existência de um menor poder negocial por parte do parceiro público e de uma menor capacidade de financiamento por parte do parceiro privado, aspecto que tem consequências directas no retorno financeiro expectável por este último (Barros, 2009, p. 523).

Em 2009, Pita Barros referia, a propósito das PPP na Saúde, que “o facto de terem surgido quer bons resultados, quer problemas, com as PPP como forma de garantir a prestação de serviços públicos tem originado diversas reflexões sobre as condições que favorecem o sucesso de uma PPP, embora ainda não seja claro que conjunto de condições é necessário ou suficiente para esse sucesso do modelo” (Barros, 2009, p.529).

---

<sup>1</sup> O presente estudo foi realizado à luz do anterior acordo ortográfico, por opção da autora.

<sup>2</sup> Para efeitos da presente investigação a expressão “PPP na Saúde” refere-se apenas a PPP criadas na sequência do lançamento concursal relativo à primeira vaga de projectos hospitalares actualmente em execução. Em termos concretos, refere-se aos hospitais de Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira.

<sup>3</sup> País com maior número de PPP executadas e projectadas até à data, e maior grau de sofisticação no que respeita ao tipo de projectos desenvolvidos.

<sup>4</sup> “*The experience of the UK and other countries has demonstrated that PPP is not appropriated for all projects and that there are times when full public provision of services is a more efficient approach*” (Allard & Trabant, 2008, p.8).

Curiosamente, cerca de treze anos volvidos desde a criação da unidade de projecto instituída para alavancar as parcerias na saúde em Portugal, continua a merecer destaque o facto de não existirem estudos que analisem as referidas PPP enquanto instrumentos de gestão pública.



## II. O caso de estudo: As PPP na Saúde em Portugal

O presente capítulo, de natureza introdutória, visa enquadrar o leitor na relevância do tema analisado, em sentido lato, e evidenciar a sua pertinência, em termos de conhecimento académico e de conhecimento passível de apropriação social, explicitando a metodologia definida para alcançar os resultados obtidos e a estrutura adoptada, conforme se segue.

### 2.1 Relevância do trabalho

Numa época em que o acesso à informação se revela cada vez mais imediato e a esperança média de vida aumenta a cada dia, o ciclo de vida do conhecimento é cada vez mais curto. Nestes termos, o tema que deu origem ao presente trabalho – PPP na Saúde em Portugal – reúne três requisitos que julgamos serem fundamentais para que um estudo se revele pertinente, num dado momento. A saber: actualidade, importância e novidade – este último requisito, em termos de investigação científica, aplicada à realidade portuguesa.

No que respeita à vertente de actualidade, salientamos o facto de Portugal estar a atravessar um momento político de fortes restrições orçamentais, em que os cortes no sector da Saúde e nas PPP estão na ordem do dia. Neste sentido, ainda que o limitado histórico de actividade destas PPP não permita avaliar de forma integral e com propriedade estes instrumentos de NGP, simultaneamente revela-se urgente perceber qual a valia das PPP no sector da saúde evidenciada até à data. Adicionalmente, cumpre salientar que os hospitais geridos em regime de PPP são parte integrante do Sistema Nacional de Saúde (adiante abreviadamente designado SNS), situação que, de acordo com as expectativas contratualmente firmadas, é possível – e provável – que se mantenha durante as próximas décadas.

Por outro lado, estes contratos de longa duração têm um considerável impacto económico-financeiro. O referido impacto decorre da complexidade dos acordos no que respeita às obrigações imediatas e mediatas<sup>5</sup>, nomeadamente, na eventualidade de se verificar uma necessária alteração dos pressupostos base.

---

<sup>5</sup> Os contratos de gestão que regulam a relação estabelecida entre o Estado português e os parceiros privados impõem obrigações a ambas as partes. Na perspectiva do contratante público, as obrigações imediatas correspondem àquelas que têm repercussões directas, definidas nos termos do contrato, de que é exemplo a parcela de remuneração a cargo do SNS, atribuída ao parceiro privado numa base anual, em conformidade com a produção contratada. As obrigações mediatas são aquelas que se efectivam sempre que o risco que visam acautelar se verifica. No caso do parceiro público, a necessidade de reequilíbrio financeiro dos contratos é exemplo disso.

Com efeito, a expressão numérica dos encargos com as PPP na Saúde reflecte a importância destes para o erário público<sup>6</sup>. No contexto actual, atentas as restrições orçamentais vigentes, é eminente a necessidade de atrair investimento privado para a execução de projectos de âmbito público, designadamente através de instrumentos como as parcerias público-privadas.

Ao exposto acresce a escassez de trabalhos desenvolvidos em Portugal em torno deste instrumento de gestão pública. Não obstante o tempo necessário para se proceder à avaliação global destes instrumentos no sector da Saúde não tenha ainda decorrido (desde logo porquanto os mesmos se encontram em fase de maturação), partilhamos a opinião de Correia de Campos ao afirmar que uma avaliação tardia pode ser demolidora, ao passo que uma avaliação atempada, ainda que parcial, pode ser reconstrutiva. No caso das PPP do sector da Saúde, consideramos que uma análise crítica, se bem executada, pode traduzir-se num ganho efectivo no que respeita ao contributo público destes instrumentos de gestão.

## 2.2 Objectivo do trabalho

O presente trabalho visa a avaliação das PPP na área da Saúde em Portugal, desde 2004 (início dos procedimentos de preparação e avaliação prévia da primeira PPP hospitalar) até ao momento presente, Setembro de 2014. O objectivo desta análise não é a política pública inerente às PPP, enquanto escolha feita por um Governo para levar a cabo uma opção de acção/intervenção<sup>7</sup>. O que se vai analisar não é o “porquê” e o “para quê” de uma determinada opção política, mas o “como”. Assim, o presente trabalho versa a análise do instrumento política pública em si (*public policy instrument*)<sup>8</sup>, na óptica da gestão pública.

Queremos efectuar uma aferição de médio prazo, que pretendemos distinguir da avaliação global das PPP enquanto julgamento dos acontecimentos, uma vez que, atenta a duração mínima prevista dos contratos de PPP em apreço (no caso da gestão hospitalar, 10 anos para o estabelecimento e 30 anos para a infra-estrutura), e decorrida cerca de x deste instrumento de NGP. Com efeito, a maturidade dos contratos em apreço é reduzida, sendo que, à data de realização deste trabalho, em nenhum dos casos se tinha atingido metade do prazo de execução previsto.

---

<sup>6</sup> A este respeito veja-se “Encargos do Estado com PPP na Saúde, Relatório n.º 18/2013 - 2.ª Secção”, realizado pelo Tribunal de Contas.

<sup>7</sup> Definição proposta por de Pollitt, C. e Bouckaert, G., 2009.

<sup>8</sup> A título de esclarecimento, tendo por referência os três estádios de desenvolvimento de uma política pública – formulação, implementação e avaliação (*“formulation, implementation, evaluation”*, na expressão de Pollitt & Bouckaert, 2009, p. 3) – importa salientar que o conceito monitorização, utilizado no âmbito deste trabalho, remete para o acompanhamento e controlo de execução das PPP.

Com efeito, a aferição do sucesso de uma PPP não se circunscreve à avaliação do desempenho na provisão de um determinado serviço público, atento um determinado preço público comparável (ou seja, face ao desempenho que seria alcançado na provisão do mesmo serviço pelo sector público). Tal aferição deve também contemplar as restantes vertentes que estão inerentes ao funcionamento de uma PPP, designadamente a necessidade de monitorização e controlo por parte das competentes entidades públicas<sup>9/10</sup>.

Acreditamos que esta análise ajudará a compreender, se estes instrumentos se revelam vantajosos, quando aplicados à área da saúde, esclarecendo se são, efectivamente, um contributo positivo ou se, ao invés, quando ponderada a complexidade que lhes está inerente, nomeadamente, as dificuldades associadas ao processo de acompanhamento/monitorização (designadamente, os custos de transacção), face aos expectáveis ganhos de eficiência que levaram a que o Estado Português lançasse mão deste tipo de instrumentos, a aferição traduz um resultado quase nulo.<sup>11</sup>

Assim, na sequência dos trabalhos de análise, adiante descritos no ponto 2.4, definimos a seguinte pergunta de partida: São as PPP na área da Saúde um instrumento de Nova Gestão Pública bem-sucedido?

A pergunta supra referida encerra o objectivo principal de perceber se estas PPP vão ao encontro das expectativas que genericamente impendiam sobre estes instrumentos de nova gestão pública aquando do seu lançamento. Importa, pois, perceber se garantem, efectivamente, ganhos de saúde para os utentes e se asseguram ganhos de valor para o erário público (Simões, 2004, p. 81). Adicionalmente, esta investigação tem como objectivo compreender quais os factores determinantes para o sucesso/insucesso destas PPP. Por outras palavras, a presente análise visa uma aferição de médio prazo, considerando vertentes relevantes para a análise das PPP enquanto instrumentos de gestão pública, de forma a que consigamos perceber qual o seu impacto e respectivos factores determinantes.

---

<sup>9</sup> “Para o Estado, os encargos incorridos com estes projetos vão para além dos directamente resultantes dos contratos de concessão, uma vez que importaram já custos com a reorganização dos serviços nas regiões de Saúde nas quais se inserem” (TC, 2013, p. 45).

<sup>10</sup> A este nível, a Administração Central do Sistema de Saúde (“ACSS”) afirma que “monitorizar uma PPP com vertente de construção e gestão clínica exige competências jurídicas, de engenharia de edifícios e equipamentos, de arquitectura, de sistemas de informação, de análise económico-financeira, médicas, de enfermagem, e de todas as outras áreas clínicas, que dificilmente se encontram reunidas num único indivíduo”, e a mesma entidade entende que há “necessidade de criar equipas de especialistas que reúnam as competências referidas para realizar uma monitorização eficaz do contrato (...). Cada entidade pública gestora não dispõe da generalidade dos especialistas necessários, recorrendo-se de consultores externos” (TC, 2013, p. 41).

<sup>11</sup> Esta aferição deve ser feita, tendo em conta que o sucesso de uma PPP reside na obtenção de resultados positivos para ambas as partes envolvidas, ou seja, na conciliação de ambos interesses (público e privado), pois de outra forma o risco de extinção do contrato tornar-se-ia eminente.

Com este trabalho pretendemos ainda descrever, detalhadamente e em termos concretos, o modelo de PPP adoptado, e compreender quais os pontos fortes e fracos do mesmo modelo, bem como as oportunidades identificadas no decorrer do supra referido processo até à data.

### 2.3 Problemática em questão

O presente trabalho visa as PPP na Saúde em Portugal. Em 2001, com o lançamento da iniciativa 1.ª Vaga de PPP na Saúde, o Estado português optou por este instrumento de Nova Gestão Pública para garantir a provisão de serviços de Saúde. A opção por esta forma de execução pressupõe, necessariamente, uma escolha tomada em prol de outra, e sempre em detrimento da prestação tradicional do serviço em causa. Não obstante sejam muitas as referências ao facto de a decisão não ter sido suportada por evidências sólidas, atentos os problemas apontados ao comparador público<sup>12</sup>. Em rigor, treze anos após o lançamento da iniciativa que determinou a criação da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, a comparação objectiva em termos de economia, eficácia, eficiência e qualidade entre o valor dos serviços prestados pelas PPP em análise e o valor dos mesmos serviços providos em contexto público, tão pouco se afigura de fácil execução, dada a inexistência de informação que permita a referida comparação<sup>13</sup>. De qualquer forma, um estudo desse tipo permitiria uma comparação da performance alcançada pelos sectores público e privado mas nada nos diria sobre outros aspectos essenciais para a manutenção de um projecto de parceria, como são: o risco, o custo-benefício, o impacto social e político, a *expertise* ou a colaboração ao nível da parceria, já que essa dimensão (a performance), sendo relevante, não é a única a determinar o sucesso de uma PPP enquanto instrumento de NGP<sup>14</sup>.

Deste modo, tendo por referência os seis factores de análise mencionados quisemos compreender as vantagens/desvantagens associadas a estes instrumentos de NGP, tentando perceber se as PPP se têm revelado uma opção de sucesso, com boas perspectivas de continuidade e, neste sentido, se compensa ao Estado português usar este tipo de

---

<sup>12</sup> À semelhança do que se verificou no resto do mundo ocidental, o valor acrescentado das PPP foi aferido tendo por base o “comparador do sector público”. Este comparador corresponde ao valor líquido actual de um projecto analisado globalmente, em todo o seu ciclo de vida, considerando o valor dos riscos inerentes, executado em moldes tradicionais (contratação pública tradicional, por via interna ou externa), de forma a satisfazer um nível de serviço pré-determinado. Este valor servirá de referencial para comparação com o valor actual líquido da melhor proposta do sector privado (*Best and Final Offer* – vulgarmente conhecida pelo acrónimo BAFO) definido para a realização do mesmo serviço.

<sup>13</sup> Conforme sinalizado pelo Tribunal de Contas, é essencial assegurar a melhoria da informação de gestão. Sublinha a mesma entidade que, “à data dos respectivos concursos, o custo da vertente da prestação de serviços clínicos foi decisivo para a justificação da escolha pelo recurso às PPP nos Hospitais de Cascais, de Loures e de Vila Franca de Xira”, ou seja, para a adjudicação de 3 dos 4 hospitais em regime de PPP.

<sup>14</sup> Atenta a indefinição inerente ao termo e ao conceito de PPP, no sentido adiante analisado no ponto 3.3, importa referir que o paradigma subjacente à presente investigação é a gestão pública, ou seja, importam-nos as PPP, numa perspectiva ampla, enquanto instrumentos da Nova Gestão Pública.

instrumentos para prover a prestação de um serviço público, com as especificidades que envolvem o bem “Saúde”. Na prossecução de tal objectivo, seguimos os procedimentos descritos no próximo ponto.

## 2.4 Metodologia e desenho da investigação

Atenta a complexidade e abrangência do fenómeno em causa, a pesquisa efectuada adoptou uma metodologia mista, isto é, quantitativa e qualitativa, incidindo essencialmente nesta última<sup>15</sup>. A investigação iniciou-se com uma abordagem exploratória atento o facto de a literatura revelar que não existiam antecedentes sobre o tema em questão aplicáveis ao âmbito por referência ao qual o estudo seria desenvolvido (Sampieri *et. al.*, 2006, p. 110), já que a investigação em apreço versa as PPP em Portugal enquanto instrumento de nova gestão pública<sup>16</sup>. Não obstante a parca existência de antecedentes na literatura da especialidade, à medida que fomos avançando na nossa investigação o estudo foi ganhando um enfoque descritivo e, em consequência das respostas, comentários e observações ao inquérito lançado, acabou por alcançar uma natureza explicativa.

Na primeira etapa deste estudo, realizámos uma extensa análise crítica do tema, efectuando uma ampla revisão da literatura, que nos permitisse ter uma visão sustentada das perspectivas teóricas e empíricas desenvolvidas até à data. Na ausência de um estudo prévio que fosse exactamente ao encontro da abordagem pretendida, efectuámos entrevistas presenciais, exploratórias, com diferentes especialistas. Neste âmbito, entrevistámos o responsável da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos (adiante abreviadamente designada UTAP) e um dos assessores desta entidade, uma gestora de contrato da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (adiante abreviadamente designada ARSLVT), concretamente, a responsável pelo Hospital de Cascais, um gestor sénior de um grupo privado responsável pela gestão de uma Entidade Gestora do Estabelecimento (adiante abreviadamente designada EGEST), concretamente do Hospital de Braga, dois administradores de um dos consórcios privados responsáveis pela gestão de uma das

---

<sup>15</sup> A análise qualitativa pode ser definida enquanto “conjunto organizado de técnicas interpretativas, as quais tentam descrever, decodificar e traduzir o significado (não a frequência) de certos fenómenos que ocorrem no mundo social” (Bilhim, 2000, p.50).

<sup>16</sup> A este nível, cumpre referir que a perspectiva de análise mais recorrente versa o sucesso das PPP numa lógica de custo-benefício/performance. Embora em termos académicos existam diversos autores a abordarem o tema, em Portugal a falta de informação ao nível dos indicadores comparáveis, por parte do sector público, impede actualmente este tipo de análise, na medida em que as aproximações/tentativas realizadas até à data foram consideradas pouco fiáveis. Por outro lado, ao Estado não cabe apenas acautelar a forma mais eficiente de provisão de um determinado bem, este deve considerar também uma série de outros factores, exteriores à lógica de mercado. A existência de uma efectiva prestação de contas é, desde logo, a primeira entre muitas outras preocupações que a externalização de um serviço coloca ao estado, porquanto a mesma se revela essencial para que este detenha o controlo necessário para poder garantir que os aspectos de índole não económica são acautelados, nomeadamente, os relacionados com questões de equidade.

entidades gestoras do estabelecimento, concretamente do Hospital de Vila Franca de Xira, um dos encarregados de missão da estrutura Parcerias Saúde e consultores seniores de três das empresas de consultoria envolvidas no processo de implementação das PPP<sup>17</sup>. Esta sequência de entrevistas permitiu-nos validar algumas ideias que resultaram da revisão de literatura e da análise documental efectuada. Por um lado, a inexistência de estudos abrangentes sobre a matéria, dada a tendência dominante de realização de análises com carácter meramente economicista, e, por outro lado, a dificuldade associada à falta de informação que permita a análise de critérios e parâmetros uniformizados, por exemplo comparações objectivas das realidades hospitalares “antes e depois” da gestão em regime de PPP. Este último aspecto é propiciado pela dispersão da informação gerada no sector da saúde.

Posteriormente, procedemos à análise documental sobre as PPP hospitalares<sup>18</sup>. Entre outros documentos oficiais – de que são exemplos de destaque os relatórios da Direcção-Geral do Tesouro e das Finanças ou os relatórios do Tribunal de Contas – analisámos de forma exhaustiva os diferentes contratos de gestão das quatro parcerias hospitalares actualmente em execução. Esta análise despertou-nos a atenção para a revisão de literatura referente aos conceitos definidos por Forrer *et al.* (2010) relativamente às PPP, elaborados a partir de uma construção teórica prévia de Goldsmith e Eggers (2004). Esta etapa inicial permitiu direccionar o nosso foco de investigação e cumpriu os objectivos próprios de um estudo descritivo, ou seja, permitiu uma descrição detalhada, rigorosa e actualizada do fenómeno em causa.

Numa segunda fase, fomos a confirmar a existência dos factores referidos por Forrer *et al.* nos contratos de gestão dos quatros hospitais em regime de PPP. Após a verificação da presença dos conceitos sugeridos pela literatura nos ditos contratos de gestão, procedemos à adaptação destas dimensões à realidade do caso de estudo. Assim, construímos indicadores (i.e. sub-perguntas) estruturados por referência a cada uma das seis variáveis independentes, que assumimos como determinantes para o sucesso (apercebido) das PPP – variável dependente – a saber: i) risco, ii) custo-benefício, iii) impacto social e político, iv) *expertise*, v) colaboração,

---

<sup>17</sup> No caso pudemos entrevistar um consultor sénior envolvido na determinação do comparador público, da sociedade Deloitte & Associados, SROC S.A., um consultor sénior envolvido nas questões relacionadas com a infra-estrutura (gestão do edifício) da KPMG & Associados – Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, S.A. e um advogado sénior envolvido na redacção de dois dos contratos de gestão, na fase pós-adjudicação do contrato, da Vieira De Almeida & Associados – Sociedade de Advogados.

<sup>18</sup> Entre os documentos analisados merecem destaque os diplomas legais que, sucessivamente, foram sendo aplicáveis às PPP em apreço e os relatórios do Tribunal de Contas – Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde – Primeira vaga de Hospitais, identificado pela referência n.º 15/2009 AUDIT e Encargos do Estado com PPP na Saúde, Relatório n.º 18/2013 - 2.ª Secção. Adicionalmente, no que à análise documental diz respeito, são também de referir: relatórios de consultoras internacionais, documentos publicados pelos diversos organismos da União Europeia que versam esta temática, contendo recomendações e directrizes sobre o tema, documentos publicados pelo Fundo Monetário Internacional e pela Organização Mundial de Saúde e outras organizações internacionais, documentos do Ministério da Saúde e do organismo da sua tutela, artigos científicos sobre experiências similares em contextos diversos.

vi) medição da performance. Em seguida, elaboramos um conjunto de oito hipóteses teóricas, nos termos abaixo referidos.

Por referência ao factor risco, colocámos a seguinte hipótese: “A adequada identificação e distribuição dos riscos entre parceiro público e privado é determinante para o sucesso da PPP”, adiante designada Hipótese 1.

Por sua vez, quanto ao factor custo-benefício, a hipótese colocada foi a seguinte: “Os encargos crescentes associados às PPP, designadamente com a monitorização dos contratos, compensam os ganhos de *Value for money* (adiante designado Vfm) inicialmente considerados e tidos como determinantes para o sucesso da PPP”, adiante designada Hipótese 2.

Relativamente ao factor impacto social e político, colocámos duas hipóteses, já que a percepção do impacto social pode não corresponder à percepção do impacto político, a saber: “A conformidade das expectativas da população em geral e dos lobbies (i.e. grupos de interesse) sociais face ao serviço de saúde prestado pelas PPP é determinante para o sucesso da PPP” e “O apoio dos lobbies (i.e., grupos de interesse) políticos face ao serviço de saúde prestado pelas PPP é determinante para o sucesso da PPP”, adiante designadas Hipótese 3 e Hipótese 4, respectivamente.

Quanto ao factor *expertise*, foram colocadas também duas hipóteses: “Os ganhos aportados pelo parceiro privado ao nível da *expertise* (i.e., do “*know-how*” e da inovação) são determinantes para o sucesso da PPP”, adiante designada Hipótese 5, e “Adequadas capacidades de implementação, fiscalização e acompanhamento da PPP, do parceiro público, são determinantes para o sucesso da PPP”, adiante designada Hipótese 6, uma vez que pretendíamos obter esta percepção relativamente aos dois sectores participantes.

A Hipótese 7 corresponde ao factor colaboração e foi colocada nos seguintes termos: “A relação estabelecida entre parceiros traduz uma relação de colaboração efectiva (i.e., relação de cooperação, com base numa confiança recíproca) determinante para o sucesso da PPP.” Por último, quanto ao factor performance, a hipótese que se procurou validar foi a seguinte: “Os ganhos em economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço prestado verificados são determinantes para o sucesso da PPP”, adiante designada por Hipótese 8.

Estruturadas as hipóteses, procedemos à elaboração de um questionário. O questionário<sup>19</sup> resultante da sistematização apresentada em detalhe no ponto 5.1 compreende 18 afirmações<sup>20</sup> agrupadas de acordo com as dimensões teóricas sugeridas por Forrer *et al.* que, conforme referido, operam como variáveis independentes e testam oito hipóteses. Adicionalmente, o questionário inclui quatro afirmações que versam a variável depende, no caso a percepção do sucesso das PPP. Pela sua relevância, passamos a referi-las, conforme se segue:

- No âmbito de uma apreciação global da experiência, considera que este instrumento de gestão pública se revelou adequado e deve ser replicado a outros Hospitais em Portugal;
- Enquanto instrumento de gestão pública, considera que as PPP podem ser replicadas noutros países, nos termos em que foram implementadas em Portugal;
- Considera as PPP uma opção vantajosa/bem-sucedida do ponto de vista do benefício público;
- Considera as PPP uma opção vantajosa/bem-sucedida do ponto de vista do interesse privado.

Todas as afirmações do questionário foram efectuadas pela positiva: afirmam o sucesso das PPP. Assim, é pedido aos inquiridos o seu grau de concordância relativamente a cada um das afirmações, considerando uma escala ordinal de 1 a 9, na qual 1 significa “concordo totalmente” e 9 “discordo totalmente”.

Na parte final do questionário foram colocadas duas questões adicionais, a saber:

- Considerando as questões colocadas anteriormente, entende que existem outros critérios a incluir numa avaliação genérica das PPP em análise, enquanto instrumentos de gestão pública?
- Tem algum comentário final que gostasse de incluir?

Com estas questões pretendeu-se, por um lado, perceber que outras dimensões além das propostas por Forrer *et al.*, seriam consideradas de interesse pelos profissionais da área para aferir o sucesso das PPP enquanto instrumentos de gestão pública e, por outro lado, perceber se além destes aspectos existiam outros que, em termos gerais, se mostrassem relevantes para a análise.

---

<sup>19</sup> Para uma análise detalhada do questionário, veja-se o Anexo 1.

<sup>20</sup> As afirmações referidas pretendem questionar o grau de concordância dos inquiridos. Não obstante configurem em substância questões, são assim designadas porque são realizadas em sentido afirmativo, como adiante se explica.



Num terceiro momento, lançámos o pré-teste e de seguida o questionário, sujeitando as hipóteses à contrastação, mediante a aferição das percepções de um conjunto de especialistas da área temática em apreço. Posteriormente, procedemos à análise estatística dos resultados.

Finalmente, com base nos comentários e observações efectuadas pelos especialistas inquiridos, elaborámos uma breve análise de conteúdo.

## 2.5 Estrutura do trabalho

O Capítulo I – Introdução, pretende alertar para a importância prática e académica do tema considerando, por um lado, os encargos associados às PPP e a sua importância estratégica, e por outro lado, a inexistência de estudos sobre as PPP na saúde em Portugal.

O Capítulo II – O caso de estudo: As PPP na saúde em Portugal, introduz o leitor na relevância do trabalho, clarifica os objectivos da análise, versa a problemática em questão, atenta a complexidade e abrangência do fenómeno, abordando a metodologia seguida para a prossecução dos objectivos traçados.

O Capítulo III – As Parcerias Público-privadas, enquadra academicamente o objecto de estudo. De seguida, é efectuada a revisão da literatura, na qual se descreve o próprio objecto de estudo, a sua origem, importância e particularidades. Por último, é apresentada uma breve referência à evolução histórica das PPP no contexto internacional e em Portugal.

O Capítulo IV – As PPP na saúde em Portugal, visa um enquadramento do fenómeno no contexto nacional, primeiro em termos gerais, depois no que ao sector da Saúde diz respeito. A este nível, é passado em revista o processo de lançamento da 1.<sup>a</sup> Vaga de PPP na Saúde em Portugal, numa perspectiva crítica. Por último, é caracterizado o modelo adoptado, sendo feita uma descrição do modo de funcionamento das PPP hospitalares e abordados outros aspectos considerados relevantes para a compreensão do fenómeno em causa <sup>21</sup>.

O Capítulo V – Enquadramento da investigação sobre as PPP na Saúde em Portugal, aborda a sistematização teórica da qual derivam as hipóteses formuladas e a partir da qual é elaborado o questionário. Nesta sede é também caracterizada a amostra e os meios estatísticos escolhidos para a análise.

---

<sup>21</sup> Consideramos que a descrição efectuada no Capítulo IV, se afigura passível de apropriação social, atenta a falta de elementos académicos ou documentos oficiais que descrevam, em detalhe, as PPP hospitalares e o seu *modus operandi*.

O Capítulo VI – Discussão dos resultados, apresenta os resultados obtidos mediante a análise estatística e a análise de conteúdo realizadas.

O Capítulo VII – Conclusões, versa a validação dos objectivos do trabalho, sinalizando as principais dificuldades e constrangimentos identificados ao longo da sua realização. Por último, são feitas referências a pistas para trabalhos de investigação futura.

## **2.6 A abordagem própria da Ciência da Administração**

Ao longo desta investigação combinam-se sem qualquer compartimentação – e numa lógica de articulação totalmente flexível – análises de diferentes campos do saber académico: da Ciência Política à Economia, ao Direito, à Gestão, às Finanças públicas, entre outros. Assim, antes de avançarmos para a análise, importa salientar que esta se insere no âmbito da Ciência da Administração.

Pela sua relevância, e em linha com as últimas reflexões havidas sobre a crise de identidade que envolve o conceito de Estado e de Administração Pública, procurámos, na senda das recentes prelecções propaladas por Raadschelders (2011)<sup>22</sup>, ter em conta as particularidades que caracterizam o estudo da Administração Pública no momento actual.

A referida crise de identidade tem sido definida em termos de falta de um núcleo teórico e metodológico específico e único. A este nível, cumpre referir a inexistência de dúvidas quanto à natureza interdisciplinar desta área de estudo e, bem assim, quanto à complexidade da mesma. Com efeito, conforme referia Auguste Comte, no século XIX, as ciências sociais são particularmente complexas, desde logo porque aos cientistas sociais não lhes é permitido reduzir um fenómeno a um problema definível e separável. Além disso, nenhum modelo de análise da realidade social (seja qualitativo, quantitativo ou matemático) pode captá-la como a mecânica quântica capta a realidade física do universo (Raadschelders, 2011, p. 919). De acordo com o referido autor, não obstante os académicos tendam a avaliar a qualidade do estudo da Administração Pública em termos de rigor teórico, sofisticação metodológica e evidência empírica, a qualidade da pesquisa deve ser também avaliada em termos de conhecimento utilizável, aquele que se afigura relevante para eleitos e titulares de cargos públicos, trabalhadores em funções públicas, agentes políticos, executivos do contexto

---

<sup>22</sup> “*This «scientific» thrust within the study of public administration is stymied by a lack of consensus about what constitutes its science and what the nature of the study is*” (Raadschelders, 2011).

empresarial, representantes de grupos de interesse e cidadãos em geral (Raadschelders, 2011, p. 918).

O mesmo autor sustenta que o estudo da Administração Pública treina e educa especialistas em perspectivas generalistas e alude a Simon (1997, p. 247) para sublinhar a ideia de que a “formação adequada dos «administradores» não está no estreito campo da teoria administrativa, mas no campo mais amplo das ciências sociais em geral”. Raadschelders (2011, p. 920), destaca ainda o facto de o estudo da administração pública ser actualmente um estudo abrangente com muitas especializações, não obstante corrobore Newland ao sublinhar que “o estudo carece de conectividade (1994, p. 488)”.

Em consonância com as questões referidas, importa notar que partilhamos da opinião do autor, pelo que a abordagem metodológica seguida no presente estudo teve por base diversas áreas do saber, conforme referido anteriormente, e pretendeu, em última instância, acrescentar conhecimento utilizável. Passemos então à análise do nosso objecto de estudo.

### III. As Parcerias Público-Privadas

Na parte inicial deste capítulo abordamos, de forma breve, a envolvente teórica do objecto de estudo do presente trabalho. Pretende-se, por esta via, fazer o enquadramento deste instrumento de NGP por referência ao modelo de governação no qual este mecanismo de gestão se assumiu como determinante. De seguida, fazemos uma curta alusão aos instrumentos de implementação de políticas, com o intuito de posicionar as PPP em ambos os contextos.

Na secção seguinte versamos sobre as PPP em geral, esboçando um percurso que refere a sua origem, a sua crescente importância e os fundamentos em regra invocados para a sua constituição. Abordamos também a ambiguidade universalmente consagrada ao termo e a confusão tantas vezes associada a um conceito que, no seu sentido mais lato, pode significar toda e qualquer forma de cooperação entre sector público e privado<sup>23</sup>. Para que possamos manejar o conceito, procurámos definir o que são PPP através dos seus elementos caracterizadores. Neste sentido, fazemos ainda uma breve alusão às diferentes tipologias de PPP e uma distinção face a outras figuras e instrumentos de governação, colocando em destaque as principais singularidades deste instrumento de governação. Por último, apresentamos um breve enquadramento histórico da abordagem que tem sido conferida às PPP no contexto internacional e em Portugal.

#### 3.1 Enquadramento das PPP no contexto da administração pública

##### 3.1.1 Modelos de Governação

De acordo com Bilhim, o contexto jurídico-político que enforma a Administração Pública, assente na supremacia do direito e na natureza política dos seus fins, distingue-a da Administração Privada (2000, p. 34). Os aspectos sociais e políticos da envolvente em que a máquina administrativa se insere assumem especial importância, designadamente no que respeita à intervenção do Estado na economia<sup>24</sup> e aos modelos de governação adoptados, atentos os limites legais e valores públicos que a norteiam. Neste âmbito, versamos de seguida os modelos de governação que antecederam e sucederam a NGP – modelo em que as PPP se

---

<sup>23</sup> “The broadest definition of a PPP is any type of voluntary co-operation between public and private parties” (Bennett *et al.*, 2000), referidos por Bult-Spiering, M. & Dewulf, G. (2006).

<sup>24</sup> Para efeitos de enquadramento das PPP não vamos versar a intervenção do Estado na economia referindo apenas que, de forma resumida, a evolução do papel do Estado pode ser categorizada em quatro fases, a saber: Estado Liberal, Estado Social, Estado Regulador e Estado Plural.

afirmam como figura incontornável na panorama da gestão pública –, uma vez que acreditamos que tal referência se afigura essencial para melhor entender o surgimento e a própria evolução das PPP.

### **A organização administrativa clássica: Administração Burocrática**

A importância deste paradigma está directamente indexada à forma generalizada como proliferou por todo o mundo ocidental, a partir do início do século XX, mantendo-se até aos anos 1970, com algumas modernizações.

Nas palavras de Owen E. Hughes (1994), esta teoria começou a desenhar-se nos finais do Século XIX, formalizou-se entre 1900 e 1920, e permaneceu como modelo oficial nas democracias ocidentais até ao último quarto deste século.

A administração científica (de início não consensual, vigente até 1945) é identificada com o modelo tradicional e caracteriza-se, segundo Rocha (2009, p. 22), como uma administração sob o controlo do poder político, com base num modelo hierárquico de burocracia, sendo composta por funcionários, admitidos com base em concursos, neutrais nas suas decisões e cujo objectivo é o interesse geral. A esta administração compete apenas implementar políticas, cabendo aos políticos a decisão e a formulação dessas mesmas políticas.

Com efeito, este modelo, assente numa estrutura piramidal de poder e numa forma organizacional, marcadamente mecanicista, com enfoque na centralização das decisões e no princípio da unidade de comando, era caracterizado por aspectos como: a previsibilidade, a racionalidade, o controlo e a impessoalidade da actuação dos seus executores (Bilhim, 2000, p. 38).

Adicionalmente, na senda do que defende Pollitt (2003), não seria correcto fazer referência a Administração Pública em sentido tradicional como se de um dinossauro extinto se tratasse, isto é, como se esta forma de administração tivesse desaparecido. Os modelos de governação coexistem e em nenhum Estado se verifica a existência de apenas um modelo de governação, sendo de referir que em alguns sectores de actividade a “burocracia” – termo pelo qual este popular paradigma ficou vulgarmente conhecido – continua vigente. No mesmo sentido dispõe Mintzberg (1994) ao afirmar que não existe “*one best way*”, uma vez que, dependendo das circunstâncias todos os modelos podem funcionar.

Não obstante, o facto é que a rigidez do modelo weberiano parecia não se coadunar com as transformações de natureza económica, financeira e social (designadamente em termos demográficos e tecnológicos) que se faziam sentir na segunda metade do século (marcadamente, na década de 1970), e o seu funcionamento foi questionado.

Tal como refere Araújo, (2013), aludindo a diversos autores, a limitada capacidade de resposta e de adaptação aos problemas, a falta de iniciativa, a desresponsabilização, o excesso de formalismo e os encargos financeiros próprios de uma estrutura tão pesada, a par da reconhecida necessidade de melhorar a eficiência dos serviços (Silvestre, 2010), bem como da influência das teorias económicas neoliberais e do managerialismo (Osborne, 2010), e ainda a ideia de que os processos burocráticos, através dos quais se realizava a prestação de bens e serviços públicos, não se adequavam a todas as actividades, sendo demasiado simples, ineficazes e irresponsáveis, fizeram eclodir, na década de 1970, um movimento de reforma.

Assiste-se, assim, a uma estratégia de fragmentação da estrutura da Administração Pública (Pollitt & Bouckaert, 2004) e de transferência de actividades controladas directamente pelos governos para organizações com autonomia, através da constituição de agências ou da contratualização dos serviços, com base no pressuposto de que maior autonomia permitiria aos gestores maior controlo e melhor adaptação a novos desafios. A classe política vê o seu poder de controlo destas actividades reduzido e, conforme referem Osborne e Gaebler (1993), limita-se a dirigir e não a “remar”.

### **A Nova Gestão Pública: New Public Management**

No rescaldo da crise petrolífera que arrasou as economias de grande parte dos países ocidentais, na década de 1970, os Estados, asfixiados financeiramente, procuraram agilizar a Administração Pública através de uma menor intervenção do Estado na economia e, para o efeito, introduziram políticas inspiradas no sector privado que mudassem as estruturas e os processos de uma Administração Pública muito burocratizada.

Após décadas de debate em torno da reforma da administração pública, entendida em sentido clássico, no final dos anos 1970 assiste-se a uma mudança de foco: da *public administration* para a *management administration*. Segundo Christopher Pollitt (2003), esta última perspectiva inspirada na crença de que uma melhor gestão é a solução eficaz para um vasto campo de males económicos e sociais e de que os bons gestores possuem as mesmas capacidades independentemente do sector em que actuam veio influenciar o surgimento de duas correntes: o *New Public Management* (na expressão portuguesa NGP) e o *Reinventing Government*.

Assim, na década de 1980, nos países anglo-saxónicos, surge um novo modelo gestor, direccionado para os valores da eficiência, eficácia e competitividade – a NGP. Nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (adiante abreviadamente designada OCDE), as soluções encontradas para agilizar o sector público foram semelhantes, a saber: orientação para o cidadão/cliente, privatização (*lato sensu*) e flexibilidade na gestão, a qual deveria aproximar-se, o mais possível, do sector privado.

Não obstante várias causas tenham sido apontadas como justificativas do surgimento deste modelo de governação, mereceram particular destaque: a globalização, as expectativas crescentes dos cidadãos e as novas tecnologias da informação e comunicação. De facto, apesar de populares no discurso político, as causas supra referidas apenas se apresentam como condições que propiciam a mudança face ao *status quo* (i. e., o modelo burocrático) mas nada dizem relativamente ao modelo de governação que deve surgir em sua substituição, não tendo sido comprovada qualquer relação de causalidade relativamente ao aparecimento da NGP em detrimento de qualquer outro modelo de governação (Pollitt, 2003).

Embora reconheça a dificuldade de congregar numa frase as principais características da NGP, para o efeito Pollitt, (2003, p. 27) cita Dunleavy e Margetts (2000, p. 13) na expressão “desagregação + competição + incentivo”.

De forma sintética, o mesmo autor, citado por Bilhim (2000) e Rocha (2009), caracteriza a NGP em sete elementos, conforme abaixo se descreve:

- i) Profissionalização da gestão;
- ii) Medidas de performance explícitas;
- iii) Ênfase no controlo dos resultados;
- iv) Desagregação das unidades do sector público;
- v) Competição no sector público;
- vi) Adopção das práticas de gestão do sector privado;
- vii) Maior disciplina e foco na parcimónia de recursos.

Segundo Osborne e Gaebler (2003), a NGP reforça a distinção entre a responsabilidade pela decisão das políticas públicas e a responsabilidade pela execução destas, e, simultaneamente, como refere Rocha (2013), estabelece a separação entre prestador e financiador. Este modelo defendia a externalização das funções do estado (i. e., a transferência para terceiras entidades independentes das funções tradicionalmente atribuídas ao Estado) mediante a

empresarialização das funções, o recurso à contratação ou a parcerias público-privadas. Na sequência do exposto, as relações inter-organizacionais tornam-se actividades críticas, assentes em processos de negociação ao invés da aplicação de regras.

Posteriormente, as críticas à NGP surgem em torno da aceitação da universalidade de aplicação das práticas da gestão. Para Pollitt (2003) as diferenças entre o sector público e o sector privado afiguram-se incontornáveis e irão condicionar, se não mesmo desvirtuar, a aplicação indiferenciada de conceitos e técnicas oriundas do sector privado ao sector público, sendo de referir a este nível os seguintes aspectos:

- Responsabilidade perante representantes eleitos;
- Objectivos múltiplos e conflituosos;
- Ausência de entidades em competição;
- Relação oferta/rendimento;
- Processos orientados para o cliente/cidadão;
- Gestão de pessoal;
- Enquadramento legal.

Pollitt (2003) refere ainda que a implementação da NGP não foi tão bem sucedida como esperariam, por exemplo, Osborne e Gaebler (1992). Na opinião deste autor, a NGP não é de fácil aplicação a bens ou serviços públicos puros ou quase puros, não obstante Pollitt (2003) salienta que este modelo não está em vias de extinção, pelo que seria precipitado fazer mais do lançar a questão ou a suspeita sobre os efeitos sistémicos das medidas sustentadas por este modelo de governação.

Adicionalmente, a NGP traduz um modelo profundamente britânico e de difícil exportação, por referência ao qual Araújo (2013, p. 96) identifica alguns problemas: “i) o risco de as agências não colaborarem em objectivos importantes que sejam comuns, ii) a perda de controlo sobre a actividade das agências, iii) a abdicação das responsabilidades políticas, iv) a evasão a regras gerais de pessoal e orçamentais, v) a exposição a riscos financeiros e vi) as oportunidades de clientelismo político e de corrupção”.

Com efeito, a consciência dos efeitos sistémicos e das consequências deste modelo de governação chamou a atenção de políticos, gestores públicos e académicos para a existência de problemas complexos inerentes à NGP, dando origem ao aparecimento de um novo paradigma – a *Governance* – cuja designação varia conforme os autores, a título de exemplo,



pode ser denominada como: Pós NGP, Modelo pós-burocrático ou Nova Governação Pública (adiante assim referida ou, alternativamente, pela expressão *Governance*).

### **A Nova Governação Pública: Governance**

Na opinião de Osborne (1992), a NGP está efectivamente numa frase de transição, que evoluiu da Administração Pública tradicional para o que este denomina de Nova Governação Pública (Araújo, 2013). Trata-se de um modelo ainda emergente, orientado pela teoria das networks, em que a administração faz parte de um estado plural, na medida em que múltiplos actores contribuem para o fornecimento de serviços numa lógica de cooperação.

Não obstante a expectativa depositada pelos seus percursores, os resultados da implementação das ideias da NGP revelaram-se ambíguos (Pollitt & Bouckaert, 2004) – nem sempre estas abordagens foram bem-sucedidas. Assim, a Nova Governação Pública surge como resultado da procura de um modelo de gestão pública que respondesse aos problemas emergentes da Administração Pública – ciente da complexidade inerente à implementação de políticas públicas e à prestação de serviços públicos (Osborne, 2010) –, salvaguardando os seus valores e princípios. Conforme refere Rhodes (1996, p. 653), aos “mercados e às hierarquias, podemos agora juntar as redes”<sup>25</sup>. O mesmo autor menciona que a forma de governação em rede enfatiza aspectos como a reputação, a confiança, a reciprocidade e a interdependência mútua<sup>26</sup> e acrescenta que a *Governance* (enquanto forma de governação em rede) não consubstancia um híbrido de modelos de governação anteriores, representa uma alternativa à lógica hierárquica e de mercado que desvanece as fronteiras entre os sectores público, privado e voluntário<sup>27</sup> (Rhodes, 1997, p. 659).

Na acepção avançada por Rhodes (1997, p.15) a definição de Nova Governação Pública compreende os aspectos centrais, de seguida referidos: auto-organização, redes inter-organizacionais definidas pela interdependência, troca de recursos, expectativas bem definidas e autonomia significativa face ao Estado. Numa versão mais lata a *Governance* pode ser definida como sendo a soma das muitas formas mediante as quais os indivíduos e as instituições, públicas ou privadas, gerem assuntos comuns (OCDE, 1995)<sup>28</sup>. Apesar da ausência de uma definição consensual, e não obstante se reconheça que os elementos caracterizadores da Nova Governação Pública variam de contexto para contexto, é possível

---

<sup>25</sup> “To markets and hierarchies, we can now had networks”.

<sup>26</sup> “[t]he network form of Governance highlights reputation, trust, reciprocity and mutual interdependence.”

<sup>27</sup> O sector voluntário surge comumente referido como terceiro sector. Neste âmbito, destacam-se as organizações não-governamentais (ONG) e as instituições de caridade.

<sup>28</sup> “[t]he sum of many ways individuals and institutions, public or private, manage their common affairs”.

identificar um conjunto de atributos que, em menor ou maior proporção, se encontram frequentemente presentes, independentemente do contexto de análise (Bovaird, 2005, p. 220):

- Processo de decisão democrático;
- Envolvimento por parte dos cidadãos/ intervenientes ou outros grupos de interesse;
- Tratamento justo e honesto dos cidadãos;
- Sustentabilidade e coerência das políticas;
- Vontade e capacidade de trabalhar em parceria;
- Transparência;
- Prestação de contas;
- Inclusão social e equidade (de oportunidades, de uso, de custo, de acesso e de resultados);
- Respeito pela diversidade;
- Respeito pelos direitos de outros;
- Respeito pela legalidade;
- Capacidade para competir num contexto global.

A este nível, notamos que de todos os aspectos caracterizadores da Nova Governação Pública merece destaque a importância atribuída por todos os autores ao papel dos intervenientes não estatais no processo de decisão das questões públicas.

Conforme já referido anteriormente, nenhuma estrutura para a alocação de recursos com autoridade, mantendo o controlo e a coordenação, é intrinsecamente "boa" ou "má". A escolha não passa necessariamente por uma questão de convicção ideológica, mas de âmbito prático, isto é, releva perceber em que condições é que cada estrutura de governação funciona de forma efectiva (Rhodes, 1996, p. 653)

Com efeito, pese embora as PPP não sejam um instrumento de governação recente, o facto é que se tornaram populares com a NGP – no âmbito da sua inspiração de matriz privada –, sendo entendidas por muitos como mais uma expressão do movimento de privatização. A alteração de paradigma da NGP para o modelo da Nova Governação Pública, assente na ideia de coordenação e superintendência do Estado e cooperação entre sector público e privado, manteve o uso deste tipo de instrumento. Assim, no âmbito dos modelos de governação, será correcto afirmar que as PPP proliferaram com a NGP e continuaram com a Nova Governação Pública.

### 3.1.2 Instrumentos de implementação de políticas

Em termos de enquadramento geral, uma vez efectuada a contextualização das PPP face aos modelos de organização administrativa, com maior relevância para este estudo, importa também fazer referência às diferentes formas de implementar os objectivos que, em cada momento histórico, os governos prosseguem. Esta alusão aos instrumentos de implementação política, vulgarmente designados como *policy instruments ou policy tools*, afigura-se de particular importância no âmbito do presente estudo, porquanto o mesmo versa, justamente, as PPP enquanto instrumento de NGP. Deste modo, importa ter presente que existem diferentes tipologias de categorização destes instrumentos. De acordo com a classificação proposta por Hood (1986), podemos considerar quatro categorias tendo por base os recursos que o Governo tem ao seu dispor, tal como se pode observar na tabela infra.

**Quadro n.º 1 - Instrumentos de implementação de políticas, por tipo de recurso**

Tipo de recurso	Descrição exemplificativa
<b>Informação</b> ("nodality")	Monitorização e lançamento de informação; aconselhamento e exortação; publicitação; comissões e inquéritos
<b>Poderes legais</b> ("authority")	Regulação de comando e controlo; auto-regulação; estabelecimento de standards e delegação de regulação; comités consultivos
<b>Dinheiro</b> ("treasure")	Subvenções e empréstimos; taxas de utilização; deduções fiscais; criação e financiamento de grupos de interesse
<b>Organização</b> ("organization")	Provisão directa de bens e serviços; criação de empresas públicas; reorganização institucional; abertura aos mercados; recurso a ONGs

Fonte: Adaptado de Howlett, M. (2014), com base na categorização proposta por Hood, C. (1986).

A este nível, cumpre ainda referir que os instrumentos em apreço são instrumentos substantivos sempre que influenciam a substância dos resultados, e instrumentos processuais sempre que afectam o controlo sobre o processo de produção de políticas (Howlett, 2009).

Notamos que a selecção da forma como o Governo procura resolver um determinado problema gera, em regra, grande polémica, nomeadamente entre actores com perspectivas e ideologias diferentes. Assim, os modelos economicistas preconizam a selecção dos instrumentos de política numa base estritamente técnica, considerando critérios de eficiência e a utilização de instrumentos de carácter voluntário, assentindo que o Estado intervenha apenas perante falhas do mercado ou na provisão de bens públicos puros (Howlett & Ramesh, 2003, p. 197). Por sua vez, os modelos políticos defendem que o processo de escolha dos instrumentos pode resultar de uma abordagem tecnicista mas antes deve decorrer da análise de questões políticas, tais como estrangimentos de recursos, focos de pressão, obstáculos legais ou experiências anteriores mal sucedidas – Hood (1986), referido por Howlett e Ramesh (2003, p. 199).

Linder e Peters (1989) destacam a necessidade de combinar questões de maior tecnicidade, sem, no entanto, desprestigiar a necessidade de considerar os riscos de âmbito político envolvidos. A este aspecto acresce a cultura própria de cada país no que se refere à forma de formular e implementar políticas, isto é, o estilo político nacional, na expressão inglesa: “*the national policy style*”.

Do exposto resulta evidente que a implementação política é toldada por factores de âmbito contextual. Nestes termos, a escolha do instrumento de implementação política não se subsume à opção pela alternativa mais eficaz na resolução de uma determinada questão, mas tem também em conta aspectos como a aceitação política, a exequibilidade técnica, o impacto económico e os efeitos de longo-prazo (Kraft & Furlong, 2007, p. 85). Em resultado das diferentes combinações dos factores referidos surgem diversos estilos de implementação, conforme se espelha no quadro abaixo.

Quadro n.º 2 - Estilos de implementação

Grau de constangimento do Estado	Âmbito dos objectivos	
	Lato	Restrito
	<b>Elevado</b>	<p><b>Voluntarismo Institucionalizado</b> Em contextos de elevadas limitações de acção e perante objectivos muito amplos, é comum o recurso a instrumentos de baixo custo, como a "exortação". Exemplo: Campanhas de prevenção e segurança rodoviária.</p>
<b>Reduzido</b>	<p><b>Subsidição Directa</b> Em contextos de reduzidas restrições à acção e perante objectivos amplos, é comum o recurso à subsidição, mas também à criação de conselhos consultivos. Exemplo: Incentivos empresariais.</p>	<p><b>Provisão Directa</b> Em contextos de reduzidas restrições e com objectivos muito definidos, é comum a opção pela provisão directa ou pela criação de empresas públicas, bem como o recurso a audições públicas ou avaliações. Ex: Transporte ferroviário.</p>

Fonte: Adaptado de Howlett, M. e Ramesh, M. (2003, p.203 - 204).

No contexto actual, marcado por fortes restrições da actuação directa do Estado e por uma crescente complexidade dos cenários, temos vindo a assistir ao aumento das relações multi-organizacionais, multi-governamentais e multi-sectoriais na implementação de políticas (Goldsmith & Eggers, 2004, p. 8). Como referido no ponto anterior, a propósito da evolução inerente aos modelos de governação, a função do Estado passa cada vez menos por dirigir e cada vez mais por gerir cenários de interdependência e relações de colaboração. Ao nível inter-organizacional, dentre os vários arranjos colaborativos, destacam-se três, que elencamos, a título de referência: os contratos, as parcerias e as redes. Sem nos determos, perante a caracterização destes instrumentos, notamos apenas que a sua natureza é representativa de cada um dos três modelos de governação previamente abordados, atenta a respectiva ordem

de exposição. Assim, cumpre apenas mencionar que os primeiros são marcados pela sua natureza formalista e vinculativa e os últimos por um carácter mais informal de reciprocidade e confiança. As parcerias serão objecto de reflexão detalhada no ponto seguinte.

### **3.2 Origem, importância e aspectos relevantes das PPP**

As parcerias entre o Estado e o sector privado não são uma novidade, podendo afirmar-se que já existiam no tempo dos romanos<sup>29</sup>. Não obstante, o formato que mais popularizou as PPP na Europa ocidental tem a sua génese nas *private finance initiative* (vulgarmente designadas pelo acrónimo PFI), iniciadas no Reino Unido na década de 1980, e cuja popularidade aumentou na década de noventa do século passado, concretamente a partir de 1992 com a introdução da política de PFI neste país.

A sua importância foi aumentando progressivamente, sendo que nos últimos 20 anos as PPP foram utilizadas internacionalmente, nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, para prover ao fornecimento público de bens e serviços de várias ordens. De acordo com Siemiatycki (2010), referido por Mistarihi *et al.* (2012, p. 60) “mais de 1100 projectos, correspondentes a cerca de 450 biliões de dólares americanos, foram erguidos em todo o mundo, usando uma das várias formas abrangidas pelo conceito de PPP”. Segundo Fitzpatrick, (2006), cerca de 30% de todos os serviços prestados a nível sub-nacional na União Europeia são subministrados via PPP.

De acordo com Richter (2004), num mundo crescentemente interligado é impossível cada sector trabalhar isolado – as PPP são reflexo deste cenário. Segundo Bult-Spiering e Dewulf (2006, p. 9), várias publicações indicam que as PPP continuarão a ser uma importante estratégia de desenvolvimento económico, apesar de a sua eficiência poder ser discutível.

Com efeito, é incontornável a importância que tem sido atribuída à escala global a este instrumento de nova gestão. Todavia, da consensualidade da sua importância não comungam todos os aspectos que gravitam em torno deste fenómeno. Vejamos alguns dos mais importantes.

Na perspectiva de Ghore (2001), Tennyson (2003), Wettenhall (2003), referidos por Forrer, Kee, Newcomer, e Boyer (2010), o recurso às PPP tem sido a solução adoptada por defeito pelos governos das democracias ocidentais para assegurarem a prestação de serviços e bens públicos, atentos os constrangimentos orçamentais. De acordo com Savas (2000), a

---

<sup>29</sup> Forrer *et al.*, 2010, p. 475.

racionalidade inerente à celebração destes contratos está associada a razões de ordem ideológica e pragmática. Numa perspectiva ideológica, a escolha destes instrumentos de NGP é baseada na alegada superioridade do sector privado face ao sector público relativamente à prestação de bens e serviços. Numa perspectiva prática, as PPP são encaradas pelos líderes políticos como uma forma de atrair capacidade técnica, recursos financeiros, *know-how* de gestão e inovação próprios do sector privado para a resolução de questões públicas complexas.

A este nível, Greve e Hodge (2005) chamam a atenção para alguns aspectos que devem ser cuidadosamente analisados, por referência ao tema das PPP. Entre eles estão o elevado grau de comprometimento futuro associado aos contratos de parceria, não sendo garantidamente assegurado o interesse público das gerações vindouras e, bem assim, o baixo nível de transparência e de participação pública que lhes está associado, atenta a complexidade financeira inerente a estes instrumentos de gestão. Adicionalmente, destaca-se o facto de, em termos políticos, as PPP se revelarem um instrumento muito atractivo, na medida em que possibilitam a realização de certos investimentos, projectando para o futuro o encargo financeiro dos mesmos, ou seja, aliviando os orçamentos no curto prazo.

### 3.3 O que são as PPP? – Indefinição do termo e do conceito

Enquanto instrumento popularizado com as formas de governação da segunda metade do século XX (em particular a NGP e a *Governance*), importa notar a ambiguidade a que está votada a expressão PPP, porquanto a mesma se apresenta de forma transversal na óptica dos diferentes autores<sup>30</sup>. De facto, como refere Pita Barros, o termo parcerias público-privadas “entrou no léxico comum, embora frequentemente sem se precisar o que é entendido por tal” (Barros, 2010, p. 520). Neste sentido, apresentamos abaixo breves notas sobre a discussão que se verifica, na literatura da especialidade, em torno do termo PPP, destacando definições e os seus elementos mais característicos, que ajudam a enformar o conceito.

Greve e Hodge (2005) mostram que os académicos se dividem no que respeita às PPP: uns entendem que se trata de uma ferramenta de *Governance*, enquanto para outros as PPP mais não são do que uma questão semântica, na expressão original – *language game* (Teisman & Klijn, 2002). Estes autores referem ainda que a maioria das definições enfatiza a ideia de

---

<sup>30</sup> A indefinição do conceito de PPP é partilhada por Robinson, Carrilo, Anumba e Patel (2010). Na expressão de Bult-Spiering, M. e Dewulf, G. (2006), “*there is no straightfoward definition*”, nem sempre é fácil definir uma PPP (p.16) e todas as PPP são “*tailor-made*”, isto é, feitas à medida (p. 2), uma vez que todos os projectos são diferentes. Tal dinâmica justifica de algum modo a impossibilidade de definir um conceito universal. Na mesma linha, Hodge, G.e Greve, C. (2005, p.334) afirmam que “*there is no one single approach to PPP*”.

benefício mútuo, com base no racional de que o sector público e o sector privado têm capacidades e qualidades específicas que, quando combinadas, produzem um melhor resultado para todas as partes envolvidas num determinado objectivo. Linder (1989) afirma que existem “*multiple grammars*” por referência às PPP. Neste mesmo sentido, Savas (2000) admite que o uso do termo PPP granjeia relativa simpatia na opinião pública quando se trata de deixar a provisão de bens e serviços públicos nas mãos do sector privado. Com efeito, diversos autores (Teisman & Klijn, 2002; Linder, 1999; Savas, 2000) concordam que o termo PPP foi considerado favorito face a outros<sup>31</sup>, sendo utilizado pelos governos de forma a evitar termos como subcontratação ou privatização, expressões que criam desconfiança e, por vezes, oposição (Greve & Hodge, 2005) por parte da opinião pública.

Com efeito, a indefinição do termo é acompanhada da indefinição do próprio conceito, ao qual estão associadas percepções díspares. No Canadá, por exemplo, ganhou notoriedade a expressão “*Problem, Problem, Problem*” (Bowman, 2000) ao passo que para outros autores a expressão PPP traduzia uma espécie de casamento no céu (na expressão original, “*marriage made in heaven*”), conforme referem Hodge e Greve (2005).

De acordo com a Society for International Development (2004), nas palavras de Judith Richter, a conotação positiva do termo e a forma indiferenciada como o mesmo é utilizado faz sobressair a necessidade de distinguir o paradigma político das PPP em termos concretos, já que esta distinção é fundamental para poderemos observar com clareza o contexto em que as PPP se inserem e perceber se existe de facto interesse público na utilização destes instrumentos de nova gestão pública, cuja principal característica distintiva reside nos processos partilhados de tomada de decisão. Neste sentido, são também destacados alguns dos pressupostos em que assentam as PPP, a saber: confiança, benefícios mútuos (as PPP são uma “*win-win situation*”) e o facto de estes instrumentos representarem o paradigma político do terceiro milénio ou, simplesmente, uma necessidade inevitável, como afirma a referida autora.

Para Robinson, Carrilo, Anumba e Patel (2010), existem várias definições de PPP, mas, em regra, estes instrumentos configuram arranjos contratuais em que o sector privado assume responsabilidades ou funções do sector público, mediante a assunção dos riscos inerentes, em

---

<sup>31</sup> A este nível, pela sua relevância, cumpre referir que em Portugal se verifica, actualmente, o fenómeno inverso, havendo uma grande suspeição em relação ao termo PPP. Não obstante, no caso da Saúde, tal facto esteja associado apenas ao efeito de contágio destas parcerias com as parcerias rodoviárias e ferroviárias, que se confirmaram como sendo negócios ruinosos para o Estado Português. A falta de estudos relativos às PPP no sector da Saúde agudiza esta circunstância, dada a ausência de dados e fundamentos concretos sobre estas parcerias.

troca de um pagamento por parte do sector público<sup>32</sup>. Vrangbaek (2008, p.3), por sua vez, refere-se às PPP como “*a fashionable policy idea*”, sendo uma expressão que consubstancia um conceito ambíguo, o qual tem por base uma definição, aqui replicada na versão ajustada que este autor fez da definição de Van Ham and Koppenjahn’s (2001, p. 598) enquanto:

Cooperação estável, entre actores públicos e privados, mediante a qual conjuntamente se desenvolvem infra-estruturas, produtos e serviços (incluindo conhecimento e disseminação da informação) e riscos partilhados (financeiros e/ou de reputação), custos e recursos, que são aplicados nos processos de desenvolvimento e definição.

Klijn e Teisman (2005, p.96) destacam o facto de as PPP serem centradas na ideia de valor acrescentado, apresentando a seguinte definição:

PPP podem ser definidas como relações de cooperação entre actores públicos e privados com um carácter mais ou menos duradouro nas quais os actores desenvolvem conjuntamente bens ou serviços, cujos riscos, encargos e benefícios são partilhados.

Segundo Forrer *et al.* (2010, p.476), as PPP configuram contratos de longo prazo celebrados entre o sector público e o sector privado, em que este último assume um papel relevante nas escolhas (i.e., na tomada de decisão) relativas à produção/fornecimento de bens ou serviços, tradicionalmente prestados pelo sector público, e na partilha do risco associado, mediante uma alocação negociada.

Em sentido lato, Savas (2000, p. 4) define PPP como “qualquer contrato celebrado entre um Governo e o sector privado no qual actividades de âmbito total ou parcialmente público são desempenhadas/desenvolvidas pelo sector privado”. A definição *lato sensu* de PPP, partilhada por autores como Savas (2000) ou Weihe (2006), associa o termo PPP a qualquer actividade que envolva um espírito de cooperação entre actores públicos e privados, englobando uma infinita variedade de conceitos referentes a qualquer projecto de colaboração entre os dois sectores supra ditos, pelo que seria difícil aplicar tal definição a um objecto de análise passível de ser estudado.

---

<sup>32</sup> “*There are various definitions of the term Public Private Partnership (“PPP”). PPP is a generic term for any type of partnership involving the public sector and private sector. It is generally a contractual arrangement where the private sector performs some part of a public sector service delivery responsibility or functions by assuming the associated risks in return for payment.*” Robinson, Carrilo, Anumba e Patel (2010, p. 4).



Conforme refere Azevedo (2009, p. 329), a Comissão Europeia abandonou o propósito de criar um conceito jurídico de PPP comum ao mercado interno, efectuando antes uma descrição da figura como resulta do Livro Verde sobre as Parcerias Público-Privadas (p. 326), reiterando que as PPP correspondem a um conceito polissémico. Na linha do entendimento propugnado pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Europeu de Investimento, assumindo que a multiplicidade de definições revela o carácter multifacetado e polivalente deste fenómeno, “não é viável e, porventura, desejável formular uma noção própria” (Azevedo, 2009, p.470). Não obstante, estando em causa um fenómeno evolutivo, parece-nos conveniente apreender o conceito através dos seus elementos caracterizadores.

Para este efeito, e pela sua relevância tivemos em consideração os elementos referidos por Bult-Spiering e Dewulf (2006), baseados na caracterização efectuada por Peters (1997) para aclarar os traços essenciais das PPP e adaptámo-los. Assim, considerámos que:

- As PPP envolvem dois ou mais actores, um dos quais pertencente ao sector público;
- Os actores assumem papéis principais e cada um pode actuar por sua conta;
- O objecto da parceria versa um bem ou serviço público;
- A relação estabelecida é duradoura e presume uma interacção constante e em todas as fases do projecto (“*whole life cycle*”);
- O financiamento (inicial) do projecto é feito com recurso aos operadores privados, que são ressarcidos posteriormente;
- A responsabilidade pelos resultados e pelos riscos é partilhada;
- Cada parceiro deve ser capaz de aportar benefícios materiais ou imateriais para a parceria, devendo surgir valor acrescentado em resultado da cooperação (i.e. “*surplus value*”) e benefícios para ambas as partes (i.e. “*win-win situation*”).

Na perspectiva de Peters (1997) e Andersen (2004), referidos por Bult-Spiering e Dewulf (2006), deve ser também particularmente tida em conta a importância de aspectos sociológicos e económicos – como a confiança, a forma de interacção entre as partes, a vontade dos parceiros em investir na parceria e partilhar efectivamente responsabilidades –, já que as parcerias se traduzem numa interacção e negociação contínuas. Como forma de orientação do presente trabalho, vamos socorrer-nos do entendimento usado pela Comissão Europeia, adaptando-o em conformidade com a definição propugnada por Pita Barros (2010, p. 521). Para este autor, o termo PPP refere “formas de cooperação entre as autoridades públicas e as empresas privadas, tendo por objectivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infra-estrutura ou a prestação de um serviço” (CE, 2004, p. 3), mediante a celebração de um contrato de longo-prazo.

### 3.4 Tipos de PPP e outros instrumentos

No espectro alargado entre a provisão pública tradicional e a provisão privada é possível conceber diversos formatos de parcerias. Com efeito, as PPP assumem uma variedade infinita de formas, uma vez que em regra consubstanciam projectos feitos à medida, pelo que são diversos os critérios possíveis para as distinguir, atendendo, por exemplo, aos riscos suportados (na expressão inglesa, “*risk-sharing PPP*” e “*facilitory PPP*”), aos recursos financeiros que sustentam a parceria (i.e., PPP financeiramente auto-sustentáveis e, total ou parcialmente, a cargo do Estado) e à relação contratual que se estabelece em termos de contratação pública, sobre a qual versaremos de seguida.

Na perspectiva da contratação pública e em linha com a abordagem adoptada no Livro Verde sobre as Parcerias Público-Privadas e propagada pelo Direito Comunitário em matéria de Contratos Públicos e Concessões (CE, 2004), as PPP podem ser prosseguidas através de arranjos contratuais ou institucionais. Neste sentido, a PPP de tipo puramente contratual visa uma parceria que se baseia unicamente em relações contratuais entre os diferentes agentes. Abrange configurações diversas que atribuem uma ou várias tarefas, mais ou menos vastas, ao parceiro privado, que incluem a concepção, o financiamento, a realização, a renovação, ou a exploração de uma obra ou de um serviço (CE, 2004, p.9). As concessões assumem diferentes figurinos mas partilham várias características, a saber: i) é a entidade pública que define o âmbito e objecto da parceria, ii) o bem ou serviço adquirido é especificado de forma completa, iii) a entidade privada assume, em regra, a forma de um consórcio, constituído para o efeito, iv) o concurso público é a forma habitual de selecção da entidade privada (Barros, 2010, p. 522).

Por sua vez, “as operações de PPP de tipo institucionalizado implicam a criação de uma entidade detida conjuntamente pelo parceiro público e o parceiro privado. A esta entidade comum incumbe garantir a entrega de uma obra ou a prestação de um serviço em benefício do público” (CE, 2004, p.19). Na criação de entidades conjuntas (“*joint ventures*”), surge uma nova entidade legal, havendo uma partilha de recursos e riscos entre o actor público e privado, havendo uma maior capacidade de controlo de sector público na parceria. Não obstante, cumpre notar que neste tipo de parceria podem coexistir relações contratuais que definam as responsabilidades e os riscos alocados a cada um dos parceiros.

Embora não exista um modelo de parceria mais consensual do que outro (uma vez que a adequação do formato depende de um juízo casuístico), entre os vários formatos de parcerias

destaca-se, pela sua popularidade e reconhecida adesão (CE, 2004), o modelo conhecido pela sigla inglesa DBFO – *Design, Build, Finance and Operate* (i.e., projecto, construção, financiamento e operação), o qual visa uma contratação global da prestação do operador privado. No âmbito das PPP em regime de concessão, são de referir, entre outros modelos, o DBFM – *Design, Build, Finance and Maintain* (i.e., projecto, construção, financiamento e manutenção) e o BOT – *Build, Operate and Transfer* (i.e., construção, operação e transferência para o sector público). Conforme refere Savas (2000, p. 241), numa perspectiva lata, os formatos de PPP variam num espectro alargado, que considera, em termos de autonomia, num extremo, as parcerias de âmbito público e, no outro extremo, as parcerias de âmbito privado, sendo de notar o facto de o papel do Estado passar da posição de prestador para a posição de regulador. A abordagem efectuada ao longo deste trabalho versa as PPP em que há autonomia do sector privado. O quadro infra apresentado ilustra os principais modelos de parcerias com intervenção do sector privado.

Quadro n.º 3 - Principais modelos de PPP

Modelos de PPP	Descrição
<i>BOO - Build, own and operate</i> (Construção, aquisição e gestão)	O parceiro privado concebe, constrói, adquire, gere e mantém o activo sem a obrigação de o transferir para o Estado.
<i>BDO - Build, develop and operate</i> (Construção, modernização e gestão)	
<i>BBO - Buy, build and operate</i> (Compra, construção e gestão)	O parceiro privado adquire ao parceiro público o activo e procede à sua renovação e/ou expansão, gestão e manutenção. No modelo LDO o activo permanece na titularidade/propriedade do Estado.
<i>LDO - Lease, develop and operate</i> (Locação, modernização e gestão)	
<i>BOT - Build, own and Transfer</i> (Construção, aquisição e transferência de propriedade)	O parceiro privado concebe, constrói, adquire e transfere a propriedade do activo para o Estado, podendo gerir e manter antes de transferir e voltar a gerir depois de operada a transferência do activo.
<i>BOOT - Build, own, operate and transfer</i> (Construção, aquisição, gestão e transferência)	
<i>BTO - Build, transfer and operate</i> (Construção, transferência de propriedade e gestão)	

Fonte: Adaptado de IMF (2004, p. 8).

Versada a origem, a importância, o conceito e os vários formatos que uma PPP pode assumir, importa ter presente que as PPP representam uma alternativa entre outras para dar resposta à pergunta “Como podem os serviços públicos ser mais bem prestados aos cidadãos?”<sup>33</sup>. Com efeito, na prossecução de actividades de interesse público, os governos têm ao seu dispor vários instrumentos que visam a provisão de bens e/ou serviços públicos. Estes instrumentos de afectação de recursos públicos representam, antes de mais, uma escolha feita ao nível da gestão pública, a opção por uma alternativa em detrimento de outras, não obstante a sua indissociabilidade da esfera política. Importa referir que a “escolha” em apreço, não se prende com concepções de matriz ideológica – associação diversas vezes feita à temática das PPP – e que o que está em causa não é a opção por um determinada política pública, mas antes a

<sup>33</sup> “How can public services best be provided to nation’s citizens? The formula PPP first emerged (...) as an answer to this question” (Allard & Trabant, 2007, p.1).

opção de acção/intervenção (i. e., o instrumento) que, perante uma determinada necessidade, se entende como adequada para a suprir.<sup>34</sup>

Neste âmbito, ilustramos abaixo uma síntese comparativa de modelos, na qual as PPP surgem balizadas pelas concepções extremas de investimento público e privatização.

**Quadro n.º 4 - Síntese Comparativa: Investimento Público, PPP e Privatização**

Elementos Caracterizadores	Investimento Público	Parceria Público-Privada	Privatização
<b>Regime de Propriedade das Infraestruturas (activos)</b>	Público: Propriedade do Estado.	Privado: Em regime contratual, com possibilidade de transferência para o Estado.	Privado: Propriedade privada.
<b>Financiamento</b>	Público: receitas fiscais e empréstimos públicos.	Privado, podendo assumir a forma mista.	Totalmente privado.
<b>Papel do Estado</b>	Produtor e distribuidor directo de bens e serviços.	Garante, regulador e auditor de contratos.	Regulador do mercado.
<b>Objectivo</b>	Afectação directa dos recursos públicos de forma equitativa e de livre acesso, promovendo o crescimento económico e o bem-estar social.	Captação de capitais e de <i>know-how</i> /experiência de gestão do sector privado, para conjuntamente com o Governo assegurar uma mais eficiente afectação dos recursos disponíveis.	Transferir para o sector privado um conjunto de activos e serviços de forma a alcançar uma melhoria na afectação de recursos na economia.
<b>Tipo de bens</b>	Públicos puros e semi-públicos.	Semi-públicos (e públicos, excepcionalmente).	Transaccionáveis no mercado, em regra.
<b>Impacto Fiscal</b>	Aumento da carga fiscal e/ou dívida pública.	Estabilização ou alívio (imediato) da carga fiscal, dívida pública e défice orçamental.	Aumento da receita fiscal, redução da dívida pública e défices orçamentais.

Fonte: Adaptado de Silva, P. (2009, p. 40).

### 3.5 Singularidades e razões justificativas das PPP

Entre os dois modelos extremos em cima descritos situa-se uma panóplia de outras formas de provisão de bens e/ou serviços públicos. Em termos organizativos, a diferença das PPP face aos outros instrumentos reside no grau de envolvimento que ambos os sectores, público e privado, assumem nas diferentes fases do projecto, com vista ao seu desenvolvimento conjunto (Vrangbaek, 2008, p. 144). Não obstante, as semelhanças e os pontos de ligação existentes com figuras de gestão pública como são a privatização, as PPP são de facto um instrumento de gestão singular, desde logo, pela complexidade organizativa que, normalmente, as caracteriza.

<sup>34</sup> Não obstante, a discursão em torno das PPP esteja historicamente associada a questões ideológicas. Em termos de gestão pública, o que importa perceber é que mecanismos de execução se revelam mais adequados a cada situação. Assim se entende a transversalidade com que governos de todo o mundo, à esquerda e à direita, adoptaram este instrumento de nova gestão.

Com efeito, embora o papel dos governos ao nível das PPP se centre essencialmente na definição das necessidades públicas a suprir e dos objectivos que devem ser alcançados para o efeito, é de notar que o Estado mantém a responsabilidade de garantir a provisão de bens ou serviços, cuja natureza permanece pública, pagando por essa provisão e exercendo a monitorização necessária dos níveis de desempenho desejáveis (Savas, 2000). Como referem Forrer *et al.* (2010)<sup>35</sup>, nas PPP o Governo mantém a responsabilidade última pela prestação de determinado bem ou serviço mas torna-se parceiro do actor privado no que respeita à tomada de decisão e, consoante os casos, à actividade de prestação. Esta opção é justificada por um pressuposto e uma presunção. Desde logo, assume-se que os governos querem captar o conhecimento (i.e., o “*know-how*”), a perícia, a capacidade técnica ou simplesmente as capacidades de gestão (i.e. as “*management skills*”) necessárias para fornecer determinado bem ou serviço da forma economicamente mais efectiva e eficiente. Simultaneamente, presume-se que o governo passa a ter acesso à *expertise* técnica, à eficiência de custos característica do sector privado e, por sua vez, na óptica do privado, as empresas beneficiam de contratos de longa duração, havendo incentivos de ambos os lados para o sucesso da PPP.

A relação que se estabelece numa PPP, entre actores públicos e privados, impõe que seja dedicada uma particular atenção às questões de monitorização e prestação de contas. Neste sentido, Kettl (2002) afirma que “a performance de um Governo é tão boa quanto a sua capacidade para gerir as suas ferramentas e manter os seus agentes monitorizáveis”<sup>36</sup>. Desta forma, ao estabelecer uma relação de parceria na qual se conjugam diferentes interesses, as PPP vieram alterar a dinâmica da monitorização/prestação pública de contas. Com efeito, não sendo os gestores públicos eleitos, cabe aos representantes eleitos assegurar que estes garantem a satisfação das necessidades colectivas. Este facto remete-nos para uma das mais importantes e particulares dimensões do fenómeno PPP: a responsabilização/prestação pública de contas.

---

<sup>35</sup> Aludindo a Grimsey e Lewis (2004) e Yescombe (2007).

<sup>36</sup> “[g]overnment’s performance is only as good as its ability to manage its tools and to hold its tool users accountable”, Kettl (p. 491), referido por Forrer *et al.* (p.477).

### 3.5.1 A prestação pública de contas

De acordo com Forrer *et al.* (2010), que cita Kettl (2002), ao nível das PPP o Governo é mais do que um comprador inteligente (i.e., na expressão do autor “*a smart buyer*”), desde logo, porque numa relação de parceria o envolvimento pós-adjudicação (na expressão do autor, “*ex post involvement*”) traduz uma negociação constante e permanente.

No que respeita às PPP, a prestação pública de contas assume particular destaque, desde logo, pela duração dos projectos, já que por definição as PPP atravessam vários ciclos políticos, e também porque da antecipação das “*post issues*”, aquando da implementação, depende o sucesso da sua monitorização e, de forma indirecta, da sua performance. A prestação de contas/monitorização depende largamente da clarificação das responsabilidades.

Em última instância, conforme referem Forrer *et al.* (2010), a relação estabelecida a este nível entre sector público e sector privado influencia a capacidade de o organismo governamental controlar o cumprimento dos objectivos e recompensar ou punir o sucesso/insucesso do actor privado.

Adicionalmente, os mesmos autores notam que o crescente entusiasmo criado em torno das PPP pode dar azo à criação de expectativas menos definidas (e portanto menos claras), reduzindo assim o exercício efectivo da prestação pública de contas (na expressão original, “*public accountability*”). Forrer *et al.* referem ainda que uma clara alocação de papéis, responsabilidades e riscos entre as partes pode evitar problemas numa fase posterior da relação da parceria. Vários autores referem-se às parcerias como um “casamento”, de forma a traduzirem o elevado grau de envolvimento e comprometimento que lhes é inerente, para Forrer *et al.* (2010) não se trata de um casamento mas de uma relação negocial<sup>37</sup> pelo que há que confiar mas também que verificar (i.e. “*trust but verify*”).

### 3.5.2 As seis dimensões de Forrer *et al.*

Neste sentido, os referidos autores elaboraram a partir da lista de indicadores, de Goldsmith e Eggers (2004), seis dimensões essenciais que definem, na perspectiva da gestão pública, o sucesso destes instrumentos e por referência às quais se estrutura a prestação pública de contas das PPP, a saber: risco, custo-benefício, impacto social e político, *expertise*,

---

<sup>37</sup> “*Is not a marriage, but a business relationship*” (Kee & Newcomer, 2008, p.88), referidos por Forrer *et al.* (2010).

colaboração na parceria, medição da performance<sup>38</sup>. Os seis factores referidos servirão de base para a construção das hipóteses que o presente estudo pretende testar. Assim, considerando a relevância que as supra referidas dimensões terão na concretização prática deste trabalho de investigação, passamos a descrevê-las individualmente, nos termos elencados infra.

## **Risco**

A questão do risco reflecte a necessidade de definir quem está em melhor condição para acautelar e controlar de forma efectiva um determinado risco e maximizar o interesse público (Goldsmith & Eggers, 2004, p. 141). Pela sua relevância para o fenómeno em estudo, a análise do risco nas PPP é abordada de forma detalhada no ponto 4.4.

Não obstante o risco seja uma das razões que mais justificam o recurso às PPP, é importante ter em conta o facto de o sector público, enquanto garante da prestação do serviço público, nunca se poder libertar do risco na totalidade (atenta a possibilidade de incumprimento contractual e a ocorrência de eventos de força maior), motivo pelo qual este sector deve manter uma capacidade residual para desempenhar a função.

Considerando o exposto, facilmente se entende porque é que os autores referem que a metodologia de avaliação do risco (i.e., “*risk assessment methodology*”) deve estar sempre integrada na planificação inicial e na revisão anual de uma PPP.

## **Custo-benefício**

A análise de custo-benefício é essencial para se perceber que projectos são apropriados para o formato PPP e se existe de facto uma vantagem comparativa na escolha da PPP em face da tradicional prestação pública de determinado bem ou serviço.

Assim, e embora o custo de uma PPP seja uma das razões que mais justificam o recurso a este tipo de instrumento, para medir os benefícios associados às PPP é necessário ter uma noção global de todo o encargo relacionado com o projecto, designadamente: custos de transacção, custos de oportunidade, custos associados a um determinado activo durante todo o seu ciclo de vida (i.e., “*life cycle costs*”), custos de operação e manutenção durante todo o

---

<sup>38</sup> “*Risk, costs and benefits, social and political impact, expertise, partnership colaboration, performance measurement*” (Forrer, et al., 2010).

período de duração da PPP e plano de contingência para a eventualidade de os benefícios esperados não se materializarem ou de surgirem prejuízos que não eram antecipáveis.

### **Impacto social e político**

Os impactos em termos sociais (designadamente ao nível da equidade) devem ser tidos em consideração, uma vez que em causa está o acesso a bens e serviços públicos. Por inerência, os impactos sociais têm repercussões no sistema político e nos resultados eleitorais. Deste modo, o reconhecimento pela opinião pública do sucesso de uma PPP pode ser fundamental para a sua manutenção.

Como referem Goldsmith e Eggers (2004, p.122), “quando algo corre mal no cenário público, tendencialmente termina na primeira página de um jornal, transformando instantaneamente uma questão de gestão num problema político”<sup>39</sup>.

Adicionalmente, é imperativo que uma PPP tenha suporte político, pois de outro modo pode não resistir às instabilidades políticas trazidas pelos ciclos eleitorais.

### **O saber-fazer (“Expertise”)**

Afigura-se também determinante o envolvimento de pessoas com a visão e capacidades necessárias, o saber-fazer, o conhecimento técnico, a perícia adequada para levar a cabo os objectivos da parceria, sendo fundamental envolver o parceiro certo em cada parceria. Esta dimensão está intrinsecamente ligada à ideia de inovação.

### **Colaboração/Cooperação na parceria**

Não obstante Bult-Spiering e Dewulf (2006) realcem a falta de investigação em torno da forma como é gerida a interacção entre actores públicos e privados, várias avaliações a PPP revelam a importância deste aspecto para o sucesso das mesmas. A robustez das relações humanas de âmbito profissional que se estabelecem no decorrer do projecto de parceria afecta a capacidade da entidade pública para monitorizar o cumprimento dos objectivos e recompensar/punir o sucesso/insucesso.

---

<sup>39</sup> “When something goes wrong in a public sector network, it tends to end up on the front page of a newspaper, instantly transforming a management issue into a political problem” (Goldsmith & Eggers, 2004, p. 122), referidos por Forrer et al. (2010).



A este nível, a clareza nas expectativas de parte a parte e a flexibilidade para uma colaboração efectiva devem estar muito bem definidas em termos contratuais. A flexibilidade é essencial – a realidade revela-se sempre mais complexa do que o que se pode prever e é impossível acautelar tudo, conforme demonstram os estudos empíricos efectuados até à data. Por sua vez, e de acordo com a investigação efectuada nesta área, a palavra de ordem é confiança. Desde logo, porque a sua inexistência reduz a parceria a uma relação de estrito cumprimento contratual, em que as partes adoptam comportamentos defensivos e de salvaguarda não se gerando o desejável valor acrescentado (i.e., “*surplus value*”).

Considerado por alguns autores como o aspecto relacional em torno do qual gira a cooperação numa PPP, a confiança não existe *a priori*, nem se cria no primeiro dia, mas é determinante na forma como as organizações se percebem. Todavia, este tipo de parceria não é um casamento mas uma relação negocial (na expressão inglesa “*not a marriage, but a business relationship*”) Assim, é necessário confiar mas ir verificando – “*Trust but verify*” (Kee & Newcomer, 2008, p. 88).

### **Medição dos níveis de desempenho**

A medição da performance reforça a responsabilização na parceria e garante que todos estão envolvidos, reforçando a confiança. Ao nível das PPP deve existir um sistema de incentivo de desempenhos elevados que funcione como garante de que todos são recompensados por alcançarem um melhor desempenho. “Um sistema de incentivos é também crucial e pode representar a diferença entre uma parceria que falha e outra que é bem sucedida” (Goldsmith, & Eggers, 2004, p. 130).<sup>40</sup>

### **3.6 As PPP no contexto internacional**

Considerando a impossibilidade de abordar todas as experiências e apurar a sua respectiva valia, procuramos apresentar de seguida uma perspectiva geral do fenómeno PPP no contexto internacional, procurando dar destaque aos países de referência no âmbito das PPP.

Com efeito, enquanto elementos essenciais na discussão da NPG, a partir dos anos 1990 do século XX, as PPP proliferaram por todo o mundo, em países como o Reino Unido, Canadá, Estados Unidos da América, Austrália, Itália, Alemanha, Espanha e França. Conforme refere

---

<sup>40</sup> “*Incentive structure it is also crucial, it can make the difference between a network that succeeds and one that fails*”, Goldsmith e Eggers (2004, p. 130), referidos por Forrer *et al.* (2010).

Azevedo (2009, p. 123), ainda que em grau variável, de forma crescente e continuada, este esquema de associação entre as esferas pública e privada é utilizado pela generalidade dos países em todos os continentes, independentemente do regime político, nível de desenvolvimento e sistema legal, circunstância que concorre para conferir à abordagem uma dimensão mundial inegável e que, simultaneamente, evidencia a flexibilidade e capacidade de adaptação das PPP a cenários distintos e diversificados.

As experiências pioneiras ao nível das PPP tiveram lugar no Reino Unido, onde começaram a ser desenvolvidas ao abrigo de programas reformadores promovidos pelo Governo de Margaret Thatcher, sendo reforçadas pela iniciativa governamental que ficou conhecida como “*Ryrie Rules*”. Deste programa destaca-se o modelo “*Project Finance Initiative*”, que se popularizou por permitir o financiamento privado de projectos de investimento público. Estes instrumentos foram fortemente expandidos pelo Governo trabalhista de John Major. As iniciativas britânicas tiveram como objectivo principal aumentar o envolvimento dos operadores privados em termos de investimento e provisão de bens e serviços públicos, procurando incrementar a eficiência económica e a qualidade dos serviços prestados, no sentido de corresponderem às expectativas crescentes dos cidadãos (Silva, 2009, p. 70). O Reino Unido teve um papel determinante na criação da sua metodologia, recriando e refirmando novos modelos. A este nível, mereceu destaque o facto de a motivação associada às PPP ter visado objectivos de eficiência económica, não se centrando essencialmente em questões de endividamento e disciplina orçamental, ao contrário do que sucedeu em muitos países. De facto, a ideia de boa aplicação do dinheiro (na expressão original “*Value for money*”) representou o aspecto predominante destas iniciativas que se apresentam mais como uma opção programática do que ideológica.

No contexto internacional, a evidência empírica varia entre extremos, conforme afirmam Greve e Hodge (2005). No lado positivo, a investigação efectuada por Pollitt (2002), por referência a dez iniciativas privadas de financiamento (i.e. PFI) do Reino Unido, revelou que em oito dos casos tinha sido alcançado o melhor acordo possível e bom “*value for money*”. Por sua vez, Greve e Hodge (2005), fazem referência a George Monbiot (2000) por este acusar o tesouro britânico de não defender o interesse público e, nesta mesma direcção, a Davidson (2004) por defender que as políticas associadas às PPP representam apenas uma forma de “esconder, por detrás da complexidade destes instrumentos, interesses camuflados que visam o enriquecimento de alguns.” Em suma, os benefícios económicos e financeiros das PPP são, actualmente, objecto de debate e estão longe de estarem devidamente comprovados (Greve & Hodge, 2005).

Neste enquadramento, a Austrália surge como o segundo país mais dinâmico em relação às PPP. No caso australiano, inicialmente, assiste-se à proliferação do modelo BOO(T) – *Build, Own, Operate and Transfer* (i.e. construção, propriedade, operação e transferência) e posteriormente a uma convergência para o DBFO. Pode afirmar-se que a implementação das PPP se dividiu em duas fases: entre 1992 e 2000 e depois deste ano. A primeira fase foi dominada por preocupações de ordem orçamental e com resultados pouco positivos para os parceiros público e privado, e a segunda marcada pela preocupação de corrigir erros passados e adequar os modelos de PPP aos projectos em causa (Silva, 2009, p. 73).

No Canadá estas iniciativas foram merecedoras de destaque, tendo sido justificadas por necessidades de investimento público na renovação de infra-estruturas e serviços, e também por objectivos de eficiência na provisão, a par de restrições orçamentais (Silva, 2009, p. 75).

Em França, é de referir o facto de ter existido um período de transição em que a concessão nos moldes tradicionais, ganhou significativo destaque. Fazemos esta referência pelo facto de também em Portugal se ter verificado a ocorrência de um período transitório em que o instituto da concessão, na versão tradicional, foi utilizado como antecâmara da implementação das PPP que formalmente permanecem ligadas a esta figura jurídica.

Com diversos formatos e intensidades de aplicação, as PPP expandiram-se um pouco por todo o mundo. De modo geral, podemos afirmar que o sector dos transportes foi aquele em que os diversos países começaram experiências ao nível das PPP, tendo progressivamente alargado esta tendência a outros sectores, nomeadamente ao da Saúde. No ponto que se segue vamos analisar, em traços gerais, o fenómeno PPP em Portugal, versando de forma particular sobre o sector da Saúde.

### **3.7 A experiência das PPP em Portugal**

Em 2008, o Tribunal de Contas afirmava que Portugal era, àquela data, “o país europeu com maior percentagem de Parcerias Público Privadas quer em relação ao Produto Interno Bruto, quer em relação ao Orçamento do Estado” (TC, 2008, p. 1).

O recurso às PPP acompanha a evolução contemporânea das funções do Estado. Em Portugal, nos anos 1980 do século XX, assistimos à abertura do sector económico à iniciativa privada, uma mudança de fundo operacionalizada, desde logo, na sequência de alterações efectuadas à lei fundamental.

As Parcerias Público-Privadas avançaram em Portugal antes de ter sido desenvolvido o enquadramento legal e orçamental específico. Houve a convicção, por parte de todos os governos, de que as PPP apresentavam vantagens significativas que acabavam por compensar o seu maior custo financeiro comparativamente ao custo de endividamento directo do Estado (TC, 2008, p. 9)

Com efeito, a eliminação dos obstáculos legais ao desenvolvimento da iniciativa privada (i.e., a chamada liberalização da constituição económica) teve impacto económico significativo no desenvolvimento do país, alterando a configuração do papel do Estado, que passa a apresentar-se como regulador e incentivador, reduzindo o seu papel de interventor. Nas duas últimas décadas do século passado, e principalmente após a entrada para a Comunidade Económica Europeia, Portugal procurou diminuir as clivagens de desenvolvimento existentes face aos seus parceiros comunitários, tentando aumentar a competitividade da economia e o investimento público. No entanto, importa sublinhar que, cronologicamente, estas formas de cooperação com recurso às capacidades técnicas e financeiras do sector privado surgem quando na Europa ocidental já começavam a proliferar as PPP, em sentido estrito (Azevedo, 2009).

A conjugação entre a dinâmica de desenvolvimento almejada e as políticas orçamentais impostas pela adesão à moeda europeia fez com que actores públicos e privados se associassem para fazer face à provisão de grandes obras públicas. Desta forma, sector público e privado envolvem-se em projectos de considerável dimensão financeira.

Não obstante, conforme refere Azevedo (2009, p. 237), é de notar que tudo se tivesse processado na ausência de um documento político geral, do qual constassem objectivos e linhas programáticas, e de um enquadramento legal e orçamental adequado (TC, 2005, p. 37). Estas iniciativas, levadas a cabo por diversos governos, foram implementadas com base no instituto da concessão e na técnica de “*project finance*”<sup>41</sup>.

Em Portugal, a utilização embrionária e incipiente das PPP ficou evidentemente marcada pelo seu carácter financista (Azevedo, 2009, p. 238) – são exemplos disso projectos como a Ponte Vasco da Gama, as concessões rodoviárias e as concessões SCUT (uma abreviatura da expressão “sem custos para o utilizador”). À semelhança do que se verificou noutros países, designadamente os que integraram a União Europeia, as restrições financeiras e orçamentais constituíram a maior motivação para a implementação deste tipo de iniciativas.

---

<sup>41</sup> Em português, correspondente à expressão “iniciativa financeira privada”.

Com efeito, só em 2003 foi publicado o diploma que estabeleceu o regime jurídico geral das PPP, o Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, (ainda que no ano anterior já tivesse sido publicado o diploma que regulava as PPP no sector da Saúde). Simultaneamente, foi constituída uma unidade especializada para prestar apoio ao Ministério da Finanças relativamente às PPP<sup>42</sup>, a Parpública, S.A.

A experiência portuguesa ao nível das PPP revelou, em geral, dificuldades e ineficiências de variada ordem, evidenciadas no preâmbulo do Decreto-lei n.º 141/2006, de 27 de Julho – o qual veio alterar o diploma que estabeleceu o regime jurídico das PPP. A este nível, são de destacar as sucessivas mudanças de Governo, a deficiente preparação de procedimentos concursais e a falta de preparação do parceiro público em termos de lançamento e acompanhamento destes complexos instrumentos de gestão, a qual se traduziu numa excessiva dependência de consultores externos (Monteiro, 2005, p. 79; TC, 2005). O novo diploma introduziu algumas alterações de relevo, nomeadamente ao nível: i) da obtenção prévia de autorizações e pareceres administrativos, ii) da limitação do recurso à consultoria externa por parte do Estado, iii) da clarificação do modelo de partilha de riscos e do reforço da coesão entre entidades públicas envolvidas.

Posteriormente, o Decreto-lei n.º 141/2006, de 27 de Julho, foi alterado pelo Decreto-lei n.º 111/2012, de 23 de Maio, no qual pode ler-se que o diploma anterior pretendeu demonstrar mas não demonstrou, “designadamente ao nível da preparação de processos de parceria e da execução dos respectivos contratos, (...) reforço da tutela do interesse financeiro público”. O último diploma referido define as normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, lançamento, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias. Adicionalmente, o mesmo normativo disciplina as matérias relativas às PPP que o Código dos Contratos Públicos – publicado anteriormente – não abordou, designadamente, ao nível dos procedimentos internos a observar pelo sector público, quer na fase de preparação dos projectos, quer na fase de acompanhamento dos contratos, sinalizando a necessidade de alteração do regime jurídico aplicável às PPP, no sentido de aumentar a transparência associada a esta modalidade de contratação. O mesmo normativo sublinha a “inexistência de uma gestão pública coordenada e, bem assim, a incapacidade do sector público de acumular experiência, com a conseqüente necessidade de recurso recorrente à consultoria externa”, referindo a necessidade de esta modalidade complexa de contratação justificar a concentração numa única unidade de um conjunto

---

<sup>42</sup> O Despacho Normativo n.º 35/2003, de 20 de Agosto, incumba à PARPÚBLICA – Participações Públicas (SGPS), S. A., a prestação de apoio técnico ao Ministro das Finanças no contexto dos procedimentos de definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração e acompanhamento global das PPP, regulados pelo Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.

assinalável de responsabilidades e competências. Neste âmbito, são estabelecidos os princípios que justificam a criação da Unidade de Missão Técnica de Acompanhamento de Projectos, comumente designada por UTAP, a qual surge ao abrigo do já referido Decreto-lei n.º 111/2012, de 23 de Maio.

Por último, cumpre salientar que a revisão do regime legal aplicável às parcerias veio dar corpo “aos objectivos e medidas previstas no Programa de Assistência Financeira acordado<sup>43</sup> com a União Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu, mais concretamente no que respeita à obrigação do Estado português de introduzir no ordenamento jurídico um quadro legal e institucional reforçado, no âmbito do Ministério das Finanças, que permitisse um efectivo e rigoroso controlo dos encargos, bem como dos riscos, associados às PPP<sup>44</sup>”.

Neste enquadramento, o diploma referido contempla análises de comportabilidade orçamental, análises de sensibilidade – com vista à verificação da sustentabilidade de cada parceria face a variações de procura e a alterações macroeconómicas –, análises de custo-benefício, a elaboração de uma matriz de riscos com uma clara identificação da tipologia de riscos assumidos por cada um dos parceiros, e ainda a adopção de medidas que visam tornar mais transparentes os processos. Entre outras medidas relevantes, destacamos a medida 3.17. do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, a qual determina que Governo português evite “entrar em qualquer novo acordo de PPP antes de finalizar a revisão das PPP existentes e as reformas legais e institucionais propostas”.<sup>45</sup>

Importa ainda salientar que, na sequência do referido acordo, do qual resultam condicionalismos expressos, inerentes à assistência económico-financeira externa que foi prestada para fazer face à situação de desequilíbrio em que a economia portuguesa se encontrava, foram promovidos trabalhos de avaliação e de auditoria com vista ao estudo detalhado das PPP, a par da implementação de um quadro legal e institucional reforçado, conforme descrito anteriormente<sup>46</sup>. À data de realização desta investigação, os trabalhos levados a cabo pela UTAP ainda não tinham contemplado uma análise minuciada das PPP na saúde, embora continuassem a ser publicados trimestralmente os relatórios que versam as PPP em geral, situação que atesta a importância da realização de investigações sobre as PPP

---

<sup>43</sup> Acordo celebrado entre o Governo português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, a 17 de Maio de 2011.

<sup>44</sup> Decreto-lei n.º 111/2012, de 23 de Maio.

<sup>45</sup> Tradução do conteúdo do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, datado de 17 de Maio de 2011. Nota: O idioma da versão original e oficial do Memorando em referência é o inglês.

<sup>46</sup> Neste sentido, foi publicado o novo regime jurídico aplicável às PPP, nos termos do Decreto-lei n.º 111/2012 de 23 de Maio.

deste sector e aumenta a particular relevância do presente trabalho, que se torna assim mais susceptível de apropriação social.

## IV. As PPP na Saúde em Portugal

### 4.1 Enquadramento

À semelhança do que se verificou nos últimos 30 anos nos países desenvolvidos, também em Portugal as reformas ao nível do serviço público consagraram uma nova abordagem do sector da Saúde, em que o Estado decide e configura as actividades pretendidas e solicita ao mercado ou internamente à administração indirecta a solução mais eficiente para as realizar. No sector da Saúde, a evolução do SNS para a contratualização generalizada da prestação de cuidados é exemplo disto (Mendes, 2010).

Em 2002, surgem as primeiras acções com vista ao lançamento das PPP no sector da Saúde em Portugal. As PPP apresentam-se como um impulso reformador do sistema de Saúde. Visavam fazer face ao considerável défice de implementação das reformas que anteriormente tinham sido propostas – para estimular a modernização do SNS, designadamente das suas infra-estruturas – e à necessidade de introdução da eficiência do sector privado na prestação de cuidados clínicos (Azevedo, 2009, p.264).

Nas palavras de Simões (2004, p. 79) “[A]s parcerias público-privadas constituem uma abordagem inovadora de gestão pública que visa a realização de infra-estruturas e a prestação de serviços públicos numa lógica de optimização das performances dos sectores público e privado”, tendo sido adoptado um modelo reconhecidamente inovador para o sector da Saúde, no que respeita à forma de associação dos serviços de infra-estruturas com a gestão dos serviços clínicos.

Este impulso de reforma assentava em três dimensões fundamentais: i) planeamento e financiamento privado, ii) investimento privado e iii) controlo e titularidade públicos. Os alicerces desta iniciativa assentavam na Lei de Bases da Saúde<sup>47</sup> e no Estatuto do SNS<sup>48</sup>, que, na senda do que estabelecia a Constituição da República Portuguesa<sup>49</sup>, consideravam já a possibilidade

---

<sup>47</sup> Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

<sup>48</sup> Decreto-lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

<sup>49</sup> Artigo 63.º da CRP:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da Saúde é realizado:
  - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
  - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:



de entidades privadas participarem na gestão de unidades públicas de saúde (Azevedo, 2009, p. 265).

As PPP na área da Saúde dividem-se em programas de PPP de “1.ª Vaga e 2.ª Vaga”, sendo duas as diferenças estruturais a destacar. As PPP de primeira vaga consideram a construção e manutenção da infra-estrutura, bem como a gestão do estabelecimento de saúde, ao passo que as PPP de segunda vaga abrangem apenas o projecto de construção e a manutenção do edifício (DGFT, 2012, p.44).

A análise efectuada no presente estudo versa apenas as PPP hospitalares enquadradas na primeira vaga do programa em apreço. Com efeito, até ao momento presente, Setembro de 2014, apenas foram celebrados contratos enquadrados no âmbito do Programa de PPP de 1.ª Vaga.<sup>50/51</sup>

Ainda que não seja esse o foco deste trabalho, acreditamos que seria relevante perceber qual o motivo da inversão programática inerente à diferença de modelo das PPP da 1.ª Vaga para as PPP da 2.ª Vaga do referido programa, isto é, quais os fundamentos que justificaram o abandono do modelo escolhido para o lançamento da primeira vaga, antes de este ter sido posto em prática.

- 
- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
  - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
  - c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
  - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
  - e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
  - f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

<sup>50</sup> Os estabelecimentos hospitalares abrangidos pela 1.ª Vaga do Programa de PPP compreendiam dois novos hospitais: Loures e Sintra, e os hospitais de substituição de Braga, Cascais e Vila Franca de Xira. O projecto referente ao novo Hospital de Sintra não se efectivou. Por sua vez, a 2.ª Vaga do Programa previa cinco hospitais de substituição, cujos projectos não avançaram, a saber: Évora, Gaia, Póvoa/Vila do Conde, Guarda e Algarve (Simões, 2004). Ainda neste âmbito se enquadra o anteriormente des-

ignado como Hospital de Todos os Santos (na actual designação Hospital de Lisboa Oriental), cuja equipa de preparação do processo de estudo e lançamento do projecto, foi, recentemente, nomeada (Despacho n.º 1317-A/2014, de 24 de Janeiro, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 18, de 27 de Janeiro de 2014).

<sup>51</sup> Pela sua relevância, e pelo impacto que teve ao nível do investimento público, em termos contextuais, importa sublinhar a crise económica e financeira que Portugal atravessou nos últimos anos, e de forma particularmente acentuada a partir de 2008.

## 4.2 Moldura e metodologia legislativas

No que respeita ao sector da Saúde, o primeiro diploma a surgir no ordenamento jurídico com vista a implementação das PPP data de 2001 e versava a constituição de uma unidade especializada<sup>52</sup>, designada como Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, em conformidade com o procedimento que vinha sendo adoptado nos vários países que enveredaram pelas PPP enquanto instrumento de gestão pública. Posteriormente, em 2002 é publicado o regime jurídico das parcerias em Saúde com gestão e financiamento privados<sup>53</sup>. Este regime antecipa-se ao regime jurídico geral das PPP, que surge, recorde-se, no ano de 2003, estabelecendo normas transversais, que vieram também conformar as regras aplicáveis às PPP do sector da Saúde. Neste diploma, o contrato de gestão surge como figura matriz, conferindo às PPP a natureza de concessão de serviço público<sup>54</sup>.

O regime jurídico previu que a contratação fosse precedida de uma avaliação de acordo com critérios de economia, eficiência e eficácia e de uma avaliação de suportabilidade financeira<sup>55</sup>. A metodologia legislativa consagrada permitia aos contratos assumirem modelos flexíveis, aplicáveis às particularidades concretas de cada projecto, promovendo a concepção de projectos feitos à medida (na expressão inglesa “*tailor-made*”), que se concretizava na regulamentação específica de cada caderno de encargos padrão (o qual regulava o modelo e o procedimento prévio à contratação).

A regulamentação do procedimento concursal tipo, plasmada no Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril, veio aprovar as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração do contrato de gestão. Conforme se pode ler no referido diploma “optou-se por aprovar as condições gerais dos procedimentos separadamente do caderno de encargos, atendendo à circunstância de o procedimento poder ser uniforme, enquanto os cadernos de encargos revestiriam diferentes modalidades atendendo ao seu objecto”. Por sua vez, nos termos do Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho, foi definido o caderno de encargos tipo que consubstancia o modelo de PPP na Saúde. Os diplomas posteriormente publicados – Decreto-lei n.º 141/2006, de 27 de Julho e Decreto-lei n.º 111/2012, de 23 de

<sup>52</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de Novembro. Esta unidade de missão foi posteriormente extinta em 2006, no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado.

<sup>53</sup> Decreto-lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

<sup>54</sup> Em rigor, os contratos de PPP celebrados ao abrigo do referido diploma configuram verdadeiros contratos de concessão de serviços públicos, embora fossem também admitidos o contrato de prestação de serviços e o contrato de colaboração, atenta a enumeração não taxativa dos instrumentos permitidos.

<sup>55</sup> “Dois testes que traduzem, o primeiro, a determinação do Vfm do projecto por comparação ao custo global se lançado sob a forma tradicional, e o segundo, a análise da sua incidência orçamental, programação financeira plurianual e suportabilidade financeira” (Azevedo, 2009, p. 268).

Maio –, no âmbito das PPP, foram abordados na secção anterior, já que não se referem ao sector da Saúde em particular, pelo que dispensam nova referência.

### **4.3 O procedimento concursal da 1.<sup>a</sup> Vaga de PPP na saúde**

No que respeita ao procedimento concursal, cumpre referir que o programa seguiu a tramitação tradicional em matéria de contratação pública, procurando atender às especificidades da contratação sob a forma de parceria. Tendo em vista a obtenção de ganhos para o erário público, o procedimento é estruturado de forma a incitar a competitividade e a concorrência (pese embora o detalhe associado ao mesmo), estando reservado ao Estado o direito de não adjudicar.

As fases do procedimento concursal subdividem-se nas seguintes etapas: i) preparação de propostas, ii) avaliação de propostas, iii) fase negociação (dois concorrentes), iv) fase negociação (um concorrente) e v) formação do contrato (Simões, 2004, p. 87), por cada PPP foi lançado um concurso. A este nível cumpre notar que, embora tivesse sido prevista uma quinta parceria hospitalar, referente ao Hospital de Sintra, este concurso foi cancelado e o hospital, à data com gestão privada (gerido mediante um contrato de gestão), foi transformado em entidade pública empresarial (adiante abreviadamente designado E.P.E.)

Não obstante a análise ao procedimento concursal não seja o cerne deste trabalho, merecem nota algumas observações. Desde logo, a morosidade do processo e as constantes derrapagens ocorridas ao longo do mesmo, a imediata alteração do modelo (sem que este fosse testado) ou a incapacidade técnica do Estado para gerir todo o processo. Em seguida, são destacados resumidamente os principais aspectos positivos e negativos aferidos na sequência da auditoria levada a cabo, entre Abril e Outubro de 2008, pelo Tribunal de Contas sobre o lançamento da primeira vaga de PPP na Saúde.

Quadro n.º 5 - Resumo dos resultados do procedimento concursal - 1.ª Vaga de PPP na saúde

Factor em análise	Conclusão
<b>Planeamento sectorial</b>	Falta de instrumentos estratégicos de planeamento sectorial, nomeadamente ao nível das regiões de saúde.
<b>Avaliação prévia das necessidades</b>	Inexistência de experiência em PPP no Ministério da Saúde; Falta de adequados padrões de referência e sistematização de informação, nomeadamente da referente aos requisitos de serviço; Ausência de um prévio auto-diagnóstico de capacidades; Ausência de planeamento e controlo adequados no tocante à intervenção das entidades públicas competentes.
<b>Coerência pública</b>	Ausência de uma estratégia coerente do Estado; Opção pelo experimentalismo para implementar o processo.
<b>Modelo</b>	Opção por um modelo complexo e desconhecido; Não consideração de experiências internacionais comparáveis.
<b>Fluxo dos projectos (<i>project pipeline</i>)</b>	Ausência de um projecto piloto previamente testado; Lançamento de PPP em vaga sem conhecimento révio de resultados; Deficiente gestão do fluxo de projectos.
<b>Peças concursais</b>	Falta de clareza das peças concursais; Rigidez dos cadernos de encargos; Deficiente definição dos parâmetros de avaliação de propostas.
<b>Desenho dos procedimentos</b>	Procedimentos repetitivos e burocráticos, nomeadamente pela inexistência de uma pré-qualificação global dos concorrentes; Exigência de detalhe excessivo na fase de apresentação de propostas; Complexidade da fase de negociação final, nomeadamente, pela inclusão na mesma da aprovação dos projectos de execução.
<b>Avaliação de propostas</b>	Deficiente controlo dos trabalhos das Comissões de Avaliação de Propostas; Actuação das Comissões de Acompanhamento de Avaliação de Propostas limitada à aprovação dos trabalhos desenvolvidos pelos consultores externos; Convergência, na avaliação de propostas, da maioria das fragilidades sinalizadas.
<b>Recursos</b>	Desadequada gestão do recurso aos consultores; Desadequada afectação dos recursos internos.
<b>Capacidade de resposta da gestão pública</b>	Acumulação de transacções e incapacidade de resposta por parte do Estado; Lentidão na assimilação e no aproveitamento da experiência obtida.

Fonte: Tribunal de Contas, 2009, p. 18.

O mesmo relatório de auditoria identifica os principais motivos associados às derrapagens verificadas ao longo de todo o procedimento concursal. Atenta a relevância deste procedimento e a exposição mediática que lhe esteve associada, elencamos infra um quadro resumo dos referidos factores justificativos, conforme de seguida se apresenta.

Quadro n.º 6 - Lessons learned - Aspectos positivos e negativos da implementação - 1.ª vaga de PPP na saúde

Factor em análise	Conclusão
<b>Descontinuidade do Modelo - Positivo</b>	Alteração do modelo, para a segunda vaga de PPP. Não obstante, a primeira vaga não tenha sido testada, aquando da tomada de decisão, no contexto internacional ganhada reconhecimento o modelo britânico que excluía a inclusão dos serviços clínicos.
<b>Experiência adquirida - Positivo</b>	Experiência sectorial adquirida nos processos de contratação, em resultado das dificuldades ocorridas, desde logo atenta a ausência de um projecto piloto.
<b>Alterações de procedimentos - Positivo</b>	Conjunto de medidas tomadas, sobretudo com impacto na segunda vaga de PPP. <sup>1</sup>
<b>Falta de cumprimento dos objectivos de contratação - negativo</b>	Falta de cumprimento dos objectivos anunciados relativamente à quantidade de PPP a lançar (10 PPP tendo sido efectivadas 4); Falta de cumprimento do ritmo de lançamento anunciado (foi inicialmente previsto um ritmo de 2/3 por ano); Falta de cumprimento dos objectivos relativos às etapas processuais.
<b>Falta de eficácia do Programa - Negativo</b>	Nenhum processo de contratação estava ainda terminado, em Outubro de 2008 (data de fim dos trabalhos da auditoria do TC, tendo o processo sido iniciado em 2001 e o primeiro concurso, com resultados, lançado em 2005); Início da construção do primeiro hospital em 2008; Apenas um concurso tinha a fase de negociação terminada, em Outubro de 2008 (data de fim dos trabalhos de auditoria do TC, tendo o processo sido iniciado em 2001 e o primeiro concurso, com resultados, lançado em 2005); Cancelamento de um concurso <sup>2</sup> ; Extinção de um concurso e repetição do mesmo com um menor potencial competitivo.
<b>Impacto no mercado - negativo</b>	Criação de falsas expectativas, pelo Estado, aos parceiros privados; Custos excessivos incorridos pelo sector privado (estruturas criadas e elaboração de propostas).

Fonte: Tribunal de Contas, 2009, p. 19, adaptado pela autora.

<sup>1</sup> Independentemente da validade das mesmas que não foram objecto de análise.

<sup>2</sup> 1.º concurso para a adjudicação do Hospital de Loures, datado de 2003, sendo que em 2007 foi lançado um novo concurso.

Para uma análise crítica detalhada sobre o referido procedimento veja-se o Relatório do Tribunal de Contas - Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde - Primeira Vaga de Hospitais, identificado pela referência n.º 15/2009 AUDIT, com data de Abril de 2009.

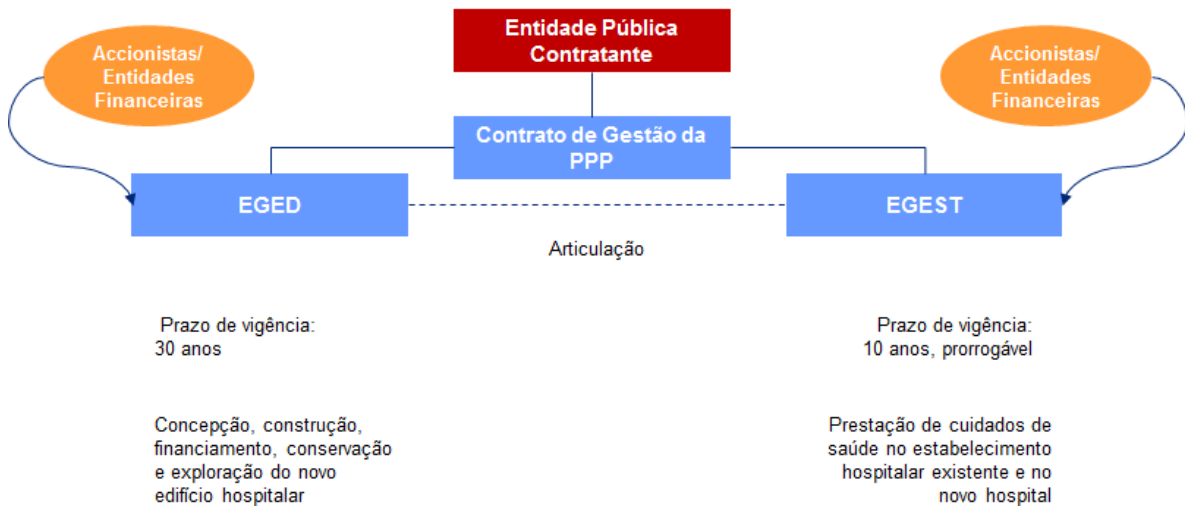
#### 4.4 Caracterização do modelo em análise

O modelo de PPP hospitalares adoptado em Portugal assenta num contrato de gestão cujo objecto envolve as seguintes actividades: concepção, construção, financiamento, conservação e exploração dos activos infra-estruturais e gestão geral do hospital, a qual inclui a prestação de serviços clínicos pelo parceiro privado. Embora o modelo de PPP em apreço tenha origem numa proposta conjunta definida pelos membros de um determinado agrupamento concorrente<sup>56</sup> (o que implica a necessária articulação e complementaridade por parte dos membros envolvidos de forma a garantir o normal funcionamento da unidade hospitalar), a parceria é desenvolvida por duas entidades gestoras: a Entidade Gestora do Estabelecimento

<sup>56</sup> Na lógica do binómio “um concurso público, um contrato de gestão” (Simões, 2004, p 85).

(EGEST) e a Entidade Gestora do Edifício (EGED), com objectos e horizontes contratuais diferenciados, sendo remuneradas por dois mecanismos de pagamento distintos (Simões, 2004, p. 79).

**Figura n.º 1 – Modelo de funcionamento das PPP na Saúde em Portugal**



Fonte: Elaborado pela autora, com base no D.R. n.º 14/2003, de 30 de Junho e Simões (2004).

A EGED assume a responsabilidade pela gestão da infra-estrutura (i. e., gestão do edifício e das actividades de “*hard facilities management*”) por um período previsível de 30 anos, ao passo que a EGEST assegura a gestão do estabelecimento hospitalar, incluindo a exploração da actividade clínica, e em regra, as actividades de “*soft facilities management*” por um prazo previsto de 10 anos, prorrogável até a um limite temporal de 30 anos.

A este nível, verifica-se, por um lado, a separação dos riscos assumidos por cada entidade e, por outro lado, a adequação dos prazos de vigência dos referidos contratos ao ciclo de vida dos activos (e equipamentos inerentes), atentos os objectos contratuais das respectivas entidades gestoras. A possibilidade de prorrogação dos prazos tem em vista o estabelecimento de uma relação duradoura de parceria.

No que respeita ao financiamento, é de notar que as PPP são custeadas pelo SNS em consonância com os princípios edificadores deste sistema — universalidade, acessibilidade, equidade e gratuidade tendencial (Simões, 2004, p.80). No entanto, para assegurar uma apropriada transferência de riscos, os mecanismos de remuneração destas entidades divergem. Assim, a EGED é remunerada pela disponibilidade dos serviços contratualizados referentes à gestão do edifício, sendo o pagamento sujeito a deduções determinadas por parâmetros contratualmente estabelecidos relacionados com falhas de serviço ou de qualidade.

A remuneração da EGEST tem por base a prestação dos cuidados de saúde, ou seja, a disponibilidade dos serviços e a produção clínica contratada anualmente com a entidade pública contratante (adiante abreviadamente designada EPC, ou seja, a entidade na qual o Estado português delegou a responsabilidade de monitorização e fiscalização do contrato, no caso as Administrações Regionais de Saúde). O referido pagamento está sujeito a incentivos e deduções, determinados por referência a parâmetros contratualmente estabelecidos e aferidos mediante de um sistema de avaliação de performance<sup>57</sup>. Em traços gerais, podemos afirmar que ambas as remunerações estão sujeitas a deduções por penalidades que ocorram mediante qualquer incumprimento ao nível dos parâmetros de qualidade e ao nível da disponibilidade regular dos serviços contratualmente estabelecidos.

No que respeita à questão do risco, importa sublinhar que a avaliação e quantificação de riscos, bem como a sua transferência, deve ter em vista aumentos de eficiência na PPP, tendo por comparação a provisão do serviço em moldes tradicionais. Deve também evitar que surjam, no futuro, consequências financeiras não previstas (Silva, 2009, p. 53). Relativamente aos riscos partilhados e assumidos por cada uma das entidades da parceria – entenda-se como entidades o parceiro público e os parceiros privados –, devem destacar-se dois aspectos. De acordo com Barros (2010), a partilha de risco é um instrumento da PPP, não o objectivo da PPP, pelo que o risco deve ser gerido por quem tem melhor capacidade para o controlar (com menor dispêndio), no sentido de poder influenciar a ocorrência e dimensão do risco, e dispor da aptidão e competências necessárias para o poder absorver e suportar. A distribuição de riscos inerente ao modelo adoptado para as PPP na Saúde seguiu a tendência internacional. Pela sua relevância para o funcionamento destas PPP e, conseqüentemente, para a análise do sucesso ou insucesso destes instrumentos de nova gestão pública, elencamos infra a tipologia de riscos que entendemos estar também subjacente a este modelo de PPP, fazendo uma breve descrição por referência a cada um deles.

---

<sup>57</sup> Para além da remuneração correspondente ao montante da parcela anual a cargo do SNS, a EGEST pode também obter outras formas de remuneração, designadamente valores a cargo de terceiros pagadores e taxas moderadoras. A possibilidade de cobrar receitas, consideradas receitas próprias, por parte do parceiro privado, confere ao modelo de PPP a natureza de concessão. No que se refere à cobrança de taxas moderadoras, é de salientar o facto de o risco de cobrança se situar na esfera do parceiro privado, havendo acerto de contas entre o montante a pagar pela EPC e o montante de taxas moderadoras – este aspecto varia consoante o disposto em cada contrato de gestão.

Quadro n.º 7 - Riscos inerentes às PPP

Tipo de Risco	Descrição
<b>Risco de concepção e construção</b>	Conjunto de eventos que podem condicionar a construção do activo infra-estrutural (p.e. atrasos na conclusão ou entrega do bem, derrapagem nos custos e deficiências técnicas de construção).
<b>Risco Operacional ou de Desempenho</b>	Conjunto de eventos que podem impedir a garantia de produção/disponibilidade de um bem/serviço, em quantidade e qualidade, consonantes com os termos contratualmente definidos (i.e. a exploração do activo).
<b>Risco de Procura</b>	Conjunto de factores que determinam a variabilidade na procura do bem/serviço público face ao expéctavel, nos termos do contrato (i.e. momento inicial do projecto), não sendo as alterações resultantes de um comportamento inadequado do parceiro privado (p.e. ciclo de negócio, novas tendências de mercado ou concorrência directa).
<b>Risco Financeiro</b>	Conjunto de factores que condicionam/alteram os custos de financiamento (p.e. a taxa de juro, a taxa de câmbio, entre outros).
<b>Risco Tecnológico</b>	Conjunto de factores que determinam a obsolescência tecnológica e a consequente necessidade de renovação do parque tecnológico.
<b>Risco Legislativo/Político</b>	Conjunto de alterações legislativas e sociopolíticas que podem afectar a viabilidade do projecto.
<b>Risco de Ausência de Concorrência</b>	Conjunto de factores que obstaculizam/impedem a entrada de novos operadores ou determinam a ausência de concorrência por falta de operadores alternativos ao fornecimento do bem/serviço público.
<b>Risco de Força Maior</b>	Conjunto de eventos de força maior (i.e. imprevisíveis, irresistíveis, exteriores e independentes da vontade ou actuação dos parceiros).

Fonte: Adaptado de Silva, P. (2009, p. 54).

Sendo um factor determinante para o sucesso da PPP a adequada transferência de riscos – quer quanto ao tipo, quer quanto à quantidade –, esta transferência deve ser exercida cuidadosamente. A este nível, importa notar que os governos tendem a considerar que o parceiro privado pode acautelar melhor os riscos que são mais difíceis de gerir/controlar<sup>58</sup>. Não obstante, conforme refere Pita Barros (2010), o Estado tem maior capacidade de suportar risco, pelo que não se pode tomar como adquirido que toda e qualquer transferência de risco é boa ou má. A transferência de risco funciona como um incentivo para a promoção da eficiência do parceiro privado, e é genericamente reconhecido um conjunto de princípios que servem para orientar essa partilha de risco, sendo que, na perspectiva do referido autor, em Portugal estes têm sido globalmente respeitados nos contratos de PPP.

A este nível, é de notar que os riscos transferidos para o operador privado podem ser de dois tipos: riscos específicos e riscos genéricos. Os primeiros traduzem aqueles cujas causas estão directamente relacionadas com o projecto (Silva, 2009, p. 53) e que, em regra, são mais controláveis, como sucede, por exemplo, com o risco de construção e qualidade/exploração de serviço. Por sua vez, os riscos genéricos são comuns a todo o tipo de projectos e derivam de

<sup>58</sup> “Since risk transfer is key to the increased efficiency of PPPs, the government wants to relieve itself of risks that it believes the private sector can manage better than the government.”, IMF, 2004, p. 13.



múltiplas causas, como sucede, por exemplo, com o risco financeiro. O risco pode ser alocado ao parceiro público, ao parceiro privado ou ser partilhado, como sucede face à maioria dos riscos associados às PPP na Saúde em Portugal<sup>59</sup>.

Por referência às PPP em análise, podemos afirmar que a maioria dos riscos é partilhada, de modo a evitar que o parceiro privado adopte comportamentos que afectassem a possibilidade de materialização de certos riscos, conforme já referido anteriormente.

Para uma observação mais detalhada no que respeita à partilha de riscos, veja-se as sucessivas análises às matrizes de risco dos quatro hospitais em regime de PPP que foram sendo publicadas, numa fase inicial pela Direcção-geral do Tesouro e Finanças e, após a criação da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos, por esta última entidade (DGTF, 2012 & UTAP, 2014)<sup>60</sup>.

Nas PPP em apreço, os riscos de construção, qualidade/exploração, disponibilidade ficam, grosso modo, na esfera do privado, ao passo que os riscos de força maior ou de procura ficam na esfera do parceiro público, embora exista alguma margem de manobra do parceiro privado para atrair ou repelir a procura<sup>61</sup>.

No que respeita à capacidade produtiva, importa destacar a possibilidade de o parceiro público negociar anualmente a produção, dentro de determinados parâmetros previamente estabelecidos e também sempre que ocorram situações não previstas contratualmente em que tal se justifique por razões de superior interesse público.

O modelo supra descrito é aplicável tanto aos novos hospitais (como sucede no caso do Hospital de Loures) como aos hospitais de substituição (ou seja, Hospitais de Braga, Cascais e Vila Franca de Xira), sendo de referir, a este nível, o facto de a responsabilidade pela transferência para os novos edifícios hospitalares recair na esfera do operador privado<sup>62</sup>.

---

<sup>59</sup> Não obstante, as entidades gestoras sejam únicas e directas responsáveis pelo atempado e perfeito cumprimento das obrigações que resultam do Contrato de Gestão, inclusivamente pelas actividades desenvolvidas pelas entidades por si contratadas, respondendo nos termos da lei, pela “culpa” ou pelo “risco” dos prejuízos que possam resultar do exercício das actividades objecto do contrato de gestão, em conformidade com o artigo n.º 67, do Decreto-lei n.º 14/2003, de 30 de Junho.

<sup>60</sup> Não obstante, tenha sido solicitada à DGTF, à UTAP e à ACSS a informação subjacente e os critérios para determinação das matrizes risco referidas, a mesma não foi disponibilizada.

<sup>61</sup> A este nível, conforme refere Pita Barros, “há componentes de risco suportadas pela parte privada (por exemplo, quando a procura de internamento ou de cirurgia de ambulatório excede os 110% da actividade prevista, ou nas transferências realizadas, em que deixa de haver pagamento. Por outro lado, ao garantir um pagamento anual fixo à Entidade Gestora do Edifício, a parte pública assume o risco de procura referente à utilização de capacidade (o que se considera natural, uma vez que a própria definição de capacidade a ser disponibilizada se situa na esfera do parceiro público).” (2010, p. 534).

<sup>62</sup> Decreto-regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho, conforme artigo n.º 78.

Outro aspecto relevante no respeito à caracterização do modelo de PPP adoptado prende-se com as competências atribuídas à EPC. A esta entidade cabe o acompanhamento e fiscalização da actividade desenvolvida pelas entidades gestoras<sup>63</sup>. A ligação quotidiana que a monitorização referida envolve é levada a cabo por uma comissão de acompanhamento permanente, designada para o efeito pela EPC e que é também responsável pela elaboração de relatórios periódicos sobre a actividade do hospital. Estes relatórios são de suma importância, uma vez que é com base nas avaliações deles resultantes que a EPC calcula as penalidades e eventuais multas a aplicar às entidades gestoras, determinando o montante anual a receber por estas entidades e, em última instância, a possibilidade de continuidade da parceria<sup>64</sup>. O exercício dos poderes referidos implica um dever de cooperação por parte das entidades gestoras no sentido de prestarem às entidades fiscalizadoras<sup>65</sup> todos os esclarecimentos necessários ao desempenho das suas funções, facultando os meios e as informações devidas<sup>66</sup>, designadamente, estabelecendo sistemas de informação adequados<sup>67</sup>. As entidades gestoras devem cooperar com a EPC, actuando de boa-fé e sem reservas.

Adicionalmente, cumpre referir que o modelo de PPP plasmado no caderno de encargos tipo, definido pelo Decreto-regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho, reconhece a inexistência de contratos perfeitos. Ou seja, assume a impossibilidade de as disposições legais ou contratuais acautelarem todas as situações que possam surgir no âmbito da relação de parceria. Neste sentido, os contratos de gestão admitem a necessidade de efectuar modificações ao contrato, mediante ajustamento às prestações de saúde do serviço público ou reequilíbrio económico-financeiro do contrato<sup>68</sup>. O modelo em apreço considera um conjunto de garantias de cumprimento das actividades que as entidades gestoras são obrigadas a observar nos termos do contrato de gestão<sup>69</sup>.

O diploma que traduz o modelo das PPP em apreço estabelece também os motivos que legitimam a suspensão ou extinção do contrato de gestão, perante situações cuja gravidade ponha em causa a prossecução do interesse público. Em concreto: i) sequestro – sempre que

---

<sup>63</sup>A atribuição de poderes da EPC visa o “acompanhamento da actividade das entidades gestoras com vista a verificar o cumprimento do contrato e a assegurar a regularidade, continuidade e qualidade das prestações de saúde, bem como a comodidade e segurança dos utentes, através de uma comissão de acompanhamento permanente a designar pela entidade pública contratante”, nos termos do artigo n.º 60, do Decreto-regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho.

<sup>64</sup>Conforme dispõe o artigo 68.º do Decreto-regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho. Os relatórios referidos constituem o instrumento formal de avaliação das entidades gestoras.

<sup>65</sup> Enquanto hospital pertencente ao SNS, as parcerias de âmbito hospitalar são fiscalizadas e reguladas pelas autoridades competentes em matéria de Saúde, como a Direcção-geral de Saúde, a Entidade Reguladora para a Saúde ou a Inspecção-geral de Saúde, à semelhança do que sucede com os restantes hospitais do sector público.

<sup>66</sup> Conforme dispõe o artigo 65.º do Decreto-regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho.

<sup>67</sup> Conforme dispõe o artigo 18.º do Decreto-regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho.

<sup>68</sup> Conforme dispõe o artigo 71.º do Decreto-regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho.

<sup>69</sup> As referidas garantias compreendem diversos instrumentos jurídicos, como cauções, multas, seguros. No mesmo sentido, é também estabelecida entre as entidades gestoras responsabilidade subsidiária – conforme artigos n.º 76 a 79 do Decreto-regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho.

ocorram situações que se julguem transitórias, a gestão será assegurada por representantes da entidade pública contratante<sup>70</sup> pelo tempo que for necessário ii) resgate – sempre que se ocorram situações nos anos anteriores à data de fim de contrato; iii) rescisão por razões de interesse público – sempre que ocorram situações em que, não obstante o bom cumprimento por parte das entidades gestoras das suas obrigações, o interesse público assim o imponha; iv) rescisão por incumprimento contratual – sempre que ocorram situações, definidas nos termos do contrato de gestão, que justifiquem a decisão unilateral da EPC de pôr fim ao contrato. Em circunstâncias normais, o contrato de gestão pode findar pelo decurso do seu prazo de vigência, sendo que, no modelo em análise, conforme referido anteriormente, o prazo aplicável às entidades gestoras não é coincidente. O fim do contrato pode também verificar-se na sequência de eventos imprevisíveis e irresistíveis, exteriores à entidade gestora e independentes da sua vontade ou actuação, ainda que indirectos, os chamados eventos de força maior e por acordo entre as partes, sempre que tal se revele benéfico<sup>71</sup>.

No que se refere a eventuais conflitos que possam surgir, o modelo preconiza as seguintes formas de resolução de conflitos: i) mediação, ou seja, mediante a intervenção de terceira entidade escolhida por acordo, e ii) por recurso a um tribunal arbitral.

No que respeita à estrutura de recursos humanos, impende sobre as entidades gestoras a obrigação de assegurar uma adequada estrutura de meios humanos a par dos meios técnicos necessários ao exercício da actividade hospitalar. Nos casos em que a PPP versa a substituição de uma unidade hospitalar, a EGEST obriga-se a assumir a totalidade do pessoal que pertença ao quadro de pessoal do hospital a substituir.

Na sequência do exposto, de forma sintetizada apresentamos em baixo, um quadro ilustrativo do modelo de PPP na Saúde adoptado em Portugal, considerando a descrição dos aspectos centrais que o definem e as razões justificativas do mesmo.

---

<sup>70</sup> A eventualidade do sequestro chama a atenção para a necessidade de a EPC manter uma capacidade residual no que respeita à gestão das unidades hospitalares em regime de PPP.

<sup>71</sup> Conforme dispõem os artigos 80.º a 86.º do Decreto-regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho.

Quadro n.º 8 - Definições do Modelo de PPP na Saúde e razões explicativas

Elementos Caracterizadores	Objectivos/razões inerentes ao modelo
<b>Tipo de modelo</b>	DBFO (T), com inclusão dos serviços clínicos. <sup>1</sup>
<b>Objectos contratuais</b>	EGED (Edifício): gestão da infra-estrutura hospitalar, incluindo a concepção, construção e conservação do edifício hospitalar, bem como, de serviços de apoio; EGEST (Estabelecimento): gestão clínica do estabelecimento hospitalar, serviços de apoio e gestão organizacional do hospital, no sentido de garantir o seu normal e articulado funcionamento.
<b>Duração dos contratos</b>	EGED (Edifício): 30 anos; EGEST (Estabelecimento): 10 anos (porrogável até 30 anos).
<b>Riscos</b>	EGED (Edifício): construção, disponibilidade, qualidade (do edifício), custos de exploração na prestação de <i>hard facilities management</i> . EGEST (Estabelecimento): disponibilidade de acesso (de acordo com a produção contratada), qualidade, custos de exploração e actividades de <i>soft facilities management</i> (risco partilhado com a EGED).
<b>Modalidades de pagamento</b>	EGED (Edifício): Mediante prestações periódicas, pelos serviços contratualizados, considerando deduções por falhas de disponibilidade e falhas de serviço. EGEST (estabelecimento): Mediante prestações periódicas, pela disponibilidade e produção efectiva dos serviços clínicos, considerando deduções por falhas de desempenho. <sup>2</sup>

Fonte: Elaborado pelo autora com base na Legislação aplicável às PPP, designadamente, Decreto-lei n.º 14/2003, de 30 de Junho e análise aos contratos de gestão em causa.

<sup>1</sup> Na expressão original "design, build, finance, operate and transfer". Por referência ao modelo de origem britânica, é de notar que no modelo em apreço não existe um SPV ("Special Purpose Vehicle") mas antes um agrupamento representativo da proposta conjunta das entidades em que se desdobra a parceria.

<sup>2</sup> Ambas as entidades podem beneficiar de outros tipos de remuneração, de valor residual quando comparados com o montante

Apresentado o modelo, é de notar que relativamente à gestão destes instrumentos, as PPP se encontram sobre a tutela do Ministro das Finanças e do Ministro da Saúde. Conforme referido anteriormente, as ARS (adiante abreviadamente designada Administração Regional de Saúde) representam o Estado Português no que à gestão contratual diz respeito, apresentando-se neste cenário como as entidades directamente responsáveis, perante a tutela, cujo nível operacional é assegurado pela figura do gestor de contrato, o qual é nomeado pela ARS para exercer as funções contratualmente atribuídas à EPC. É ao gestor do contrato que cabe a verificação do cumprimento das obrigações que resultam do contrato de gestão e a elaboração dos relatórios de avaliação periódica das entidades gestoras<sup>72</sup>. No desempenho da sua função

<sup>72</sup> Não obstante conforme refere a Administração Central dos Sistemas de Saúde ("ACSS"), «monitorizar uma PPP com vertente de construção e gestão clínica exige competências jurídicas, de engenharia de edifícios e equipamentos, de arquitetura, de sistemas de informação, de análise económico-financeira, médicas, de enfermagem, e de todas as outras áreas clínicas que dificilmente se encontram reunidas num único indivíduo». Por isso, a ACSS considera que há «necessidade de criar equipas de especialistas que reúnam as competências referidas, para realizar uma monitorização eficaz do contrato (...)».

de monitorização/avaliação o gestor do contrato, conta com a colaboração de consultores externos especializados, designadamente, nas áreas jurídica, financeira, clínica e de engenharia.

Em termos das estruturas sectoriais, é de notar que a estrutura de Missão Parcerias.Saúde, criada em 2001, foi posteriormente integrada na Administração Central do Sistema de Saúde, não obstante a Portaria n.º 155/2012, de 22 de Maio, que aprovou os novos estatutos da ACSS não faça referência a um departamento ou unidade especificamente dedicada às PPP<sup>73</sup>.

#### 4.5 Caracterização das PPP hospitalares

AS PPP em análise referem-se a três hospitais de substituição, a saber: Cascais, Braga e Vila Franca de Xira e a um hospital novo, criado de raiz, no caso o Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. As unidades hospitalares de Saúde em regime PPP configuram uma área bruta de construção de 260.000 metros quadrados, sendo o total da área de implantação correspondente a 64.000 metros quadrados. As unidades reúnem em conjunto 1685 camas de internamento, 35 salas de bloco operatório e 169 gabinetes de consulta externa, abrangendo uma população de cerca 1.89 milhões de habitantes.

Quadro n.º 9 - Características relevantes das unidades hospitalares em regime de PPP

PPP	Área bruta de construção <sup>1</sup>	Área de implantação <sup>1</sup>	N.º de pisos	Camas de internamento	Salas de bloco operatório	Gabinetes de consulta externa	Área de influência <sup>2</sup>
Cascais	46.000 m2	12.000 m2	8 (2 subterrâneos)	277	6	33	244
Braga	102.000 m2	17.000 m2	7 (1 subterrâneo)	704	12	59	1093
V. F. Xira	49.000 m2	16.000 m2	10 (3 subterrâneos)	280	9	33	285
Loures	63.000 m2	19.000 m2	7 (1 subterrâneo)	424	8	44	272
<b>Total</b>	<b>260.000 m2</b>	<b>64.000 m2</b>	<b>-</b>	<b>1.685</b>	<b>35</b>	<b>169</b>	<b>1.894</b>

Fonte: Tribunal de Contas, 2013, p. 36, adaptado pela autora.

<sup>1</sup> Valores em m2.

<sup>2</sup> População em milhares de habitantes.

Descrito e caracterizado o objecto que suporta a análise efectuada no presente trabalho, importa ter presente que as PPP visam a melhoria geral do acesso e da qualidade dos serviços prestados, a par da construção de modernas e inovadoras unidades hospitalares, e da adopção de um modelo de gestão de natureza empresarial, globalmente mais económico,

<sup>73</sup> Com efeito, os contactos efectuados junto da ACSS sobre diversas questões relacionadas com as PPP na Saúde não foram respondidos de forma cabal, sendo que em mais do que uma situação o esclarecimento solicitado circulou por diversos departamentos, tendo sido remetido a outras entidades sem que houvesse uma resposta efectiva por parte das entidades do sector público.

eficiente e eficaz, assente numa efectiva transferência de riscos para o operador privado. (Simões, 2004). Em última instância, importa realçar que o seu fio condutor reside no duplo objectivo de garantirem ganhos de saúde para os utentes e de assegurarem ganhos de valor para o erário público (Simões, 2004, p. 81).

## V. Enquadramento da investigação sobre as PPP na Saúde em Portugal

Efectuado o levantamento crítico da elaboração teórica e empírica produzida, até à data, ao nível das PPP em geral e das PPP na Saúde em Portugal, procuramos dar cumprimento a outro dos objectivos deste trabalho. No capítulo que se segue, evidenciamos, numa primeira fase, a sistematização teórica subjacente à formulação das hipóteses e do questionário. Numa segunda fase, caracterizamos a amostra e versamos os meios estatísticos escolhidos para a análise dos resultados obtidos.

### 5.1 Definição das variáveis e formulação de hipóteses

A ideia de “*public accountability*” está intrinsecamente ligada à ideia de defesa/garantia do interesse público, a qual no caso das PPP em apreço se manifesta ao longo de todas as fases, mesmo as que antecedem e sucedem a vigência do contrato<sup>74</sup>, isto é, antes, durante e mesmo após o fim da parceria. Conforme referem Forrer *et al.*<sup>75</sup>, a prestação pública de contas tem sido reconhecida com a pedra angular da gestão pública bem sucedida.

Assim, considerando que a prestação pública de contas tem em vista a garantia do interesse público e assumindo que uma parceria, enquanto instrumento de gestão pública, será bem-sucedida enquanto garantir esse mesmo objectivo, conforme referimos anteriormente, utilizámos as seis dimensões que Forrer *et al.* (i.e. risco, relação custo-benefício, impacto social e político, *expertise*, colaboração, medição da performance) definiram como pilares fundamentais do reforço da prestação pública de contas para aferir a percepção de um conjunto de especialistas<sup>76</sup> quanto ao sucesso das PPP hospitalares em Portugal. Neste sentido, o sucesso (apercebido) das PPP em análise, enquanto instrumentos de gestão pública, surge assim como a nossa variável dependente.

Considerando os seis factores referidos, elaborámos a análise que de seguida se apresenta e que serviu de base para a elaboração das hipóteses. A título preliminar, cumpre notar que as referências da literatura da especialidade abaixo elencadas foram abordadas de forma desenvolvida no ponto 3.5.2, pelo que para efeitos desta sistematização apenas aludimos às definições e aos aspectos mais relevantes.

---

<sup>74</sup> As PPP em apreço são do tipo institucional, isto é, reguladas com base num contrato firmado entre as partes.

<sup>75</sup> Na versão original: “*Accountability has long been recognized as the cornerstone of successful public management*”, Forrer *et al.*, 2010, p.477.

<sup>76</sup> Os especialistas, a que o texto faz referência, são na sua globalidade profissionais, com posições de destaque, directamente envolvidos na implementação e/ou execução das PPP na Saúde.

Conceito	Literatura relacionada ao conceito	Referência Bibliográfica	Definição (a negrito) Outras considerações, por referência ao conceito
<p><b>Risco (Transferência)</b></p>	<p>"Assigning risk to the organization that best understands and can control the risk and maximizes public benefit".</p>	<p>Goldsmith, S., and William D. Eggers. 2004. <i>Governing by Network: The New Shape of the Public Sector</i>. Washington, DC: Brookings Institution Press. (P.141)</p>	<p>O objetivo da identificação, alocação e negociação de riscos é a "<b>atribuição do risco à organização que melhor o pode controlar, maximizando o benefício público</b>". Tal como refere Pita Barros, a transferência de risco não é um objectivo em si mesmo, mas antes um incentivo à eficiência do parceiro privado. Exemplos de riscos: político (oposição política, alterações legais), financeiro (flutuações próprias do mercado financeiro), ao nível da construção (riscos de subcontratação, prazo de conclusão), ao nível da operação (disponibilidade, procura, performance, pagamento de receitas e prazos), de extinção de contrato (resolução do contrato por resultados insatisfatórios ou incumprimento, eventos de força maior).</p>
	<p>"(...) a public agency must devise a plan to mitigate the impact on the public of an interruption of services as a result of any failure on the part of either party or problems attributable to forces beyond their control".</p>	<p>Forrer, John;Kee, James Edwin;Newcomer, Kathryn E;Boyer, Eric. <i>Public Administration Review</i>; May/Jun 2010; 70, 3; ProQuest, P.475</p>	<p>Face à impossibilidade de uma total transferência de risco, impõe-se a existência de um plano de contingência que acautele os impactos da resolução do contrato de gestão de uma parceria.</p>
<p><b>Hipótese 1</b></p>	<p>A adequada identificação e distribuição dos riscos entre parceiro público e privado, é determinante para o sucesso da PPP.</p>		



Conceito	Literatura relacionada ao conceito	Referência Bibliográfica	Definição (a negrito) Outras considerações, por referência ao conceito
<p><b>Impacto social e político</b></p>	<p>"In assessing impact [of PPP], social equity effects, such as the differential impacts on socioeconomic segments of society, also should be considered. The distribution of social impacts can have implications on the political system by affecting voters and citizen's opinions, thereby potentially affecting electoral outcomes. The perceived success of the partnership can determine its ability to continue delivering services to the public. If services do not meet the expectations of the public, political consequences may include civic disengagement and weakened chances of reelection for partnership backers."</p>	<p>Forrer, John;Kee, James Edwin;Newcomer, Kathryn E.;Boyer, Eric. Public Administration Review; May/Jun 2010; 70, 3; ProQuest, P.475</p>	<p>O efeito "Cherry Picking", traduz a possibilidade de haver uma selecção adversa na prestação privada de determinado serviço público.</p>
		<p>"Quando algo corre mal no sector público tende a acabar na primeira página do jornal, transformando, instantaneamente, uma questão de gestão num problema político."</p> <p>Goldsmith, Stephen, and William D. Eggers. 2004. <i>Governing by Network: The New Shape of the Public Sector</i>. Washington, DC: Brookings Institution Press. (P.122)</p>	
<p><b>Hipótese 3 e 4</b></p>	<p>i) A conformidade das expectativas da população em geral e dos lobbys (i.e grupos de interesse) sociais face ao serviço de saúde prestado pelas PPP, é determinante para o sucesso da PPP.</p> <p>ii) O apoio dos lobbys (i.e grupos de interesse) políticos face ao serviço de saúde prestado pelas PPP, é determinante para o sucesso da PPP.</p>		
<p><b>Hipótese 2</b></p>	<p>Os encargos crescentes associados às PPP, designadamente com a monitorização dos contratos, compensam os ganhos de VM inicialmente considerados e determinantes para o sucesso da PPP.</p>		

Conceito	Literatura relacionada ao conceito	Referência Bibliográfica	Definição (a negrito) Outras considerações, por referência ao conceito
	<p>"Governments are often assumed to seek out private or nonprofit alliances in an effort to access a wider range of resources and expertise (Bryson, Crosby, and Stone 2006; Wood and Gray 1991). The concept of expertise entails involving people with the insights and skills needed, from both the private and public sectors, to accomplish the tasks of the partnership."</p>	<p>Forrer, John;Kee, James Edwin;Newcomer, Kathryn E;Boyer, Eric. Public Administration Review; May/Jun 2010; 70, 3; ProQuest, P.475</p>	<p>Pressuposto de que o privado tem maior know-how (saber fazer), imprimindo aos projectos níveis superiores de economia, eficácia e eficiência.</p> <p><b>O conceito de expertise (competência) implica o envolvimento de equipas com os conhecimentos e capacidades necessários para a operacionalização da parceria, de ambos os setores público e privado.</b></p>
<p><b>Expertise</b></p>	<p>"Expertise also is important because it can lead to organizational innovation-often a chief motivating factor for the creation of a PPP. Thus, it is critical for the public sector to clearly articulate the expertise it expects its partners to bring to the PPP and for government to have the corresponding expertise to take advantage of the private knowledge and experience."</p>	<p>Forrer, John;Kee, James Edwin;Newcomer, Kathryn E;Boyer, Eric. Public Administration Review; May/Jun 2010; 70, 3; ProQuest, P.475</p>	<p>A inovação através da parceria pode ser alcançada através do conhecimento de valor acrescentado que os especialistas de um determinado sector de actividade podem/devem introduzir na parceria.</p> <p>Afigura-se imperativa a necessidade de o sector público ter capacidade/expertise suficiente para tirar partido do conhecimento e experiência do parceiro privado.</p>
<p><b>Hipotese 5 e 6</b></p>			<p>i) Os ganhos, aportados pelo parceiro privado, ao nível da expertise (i.e. do Know-how e da inovação), são determinantes para o sucesso da PPP.</p> <p>ii) Adequadas capacidades de implementação/fiscalização/acompanhamento da PPP, por parte do parceiro público, são determinantes para o sucesso da PPP.</p>

Conceito	Literatura relacionada ao conceito	Referência Bibliográfica	Definição (a negrito) Outras considerações, por referência ao conceito
	<p>"The strength of the human connections within a PPP affects the overall ability of a government agency to monitor compliance and reward success or punish failure by the private partner."                      "Clarity in expectations for coordination as well as flexibility to facilitate collaboration should be specified in PPP contracts."</p>	<p>Ferrer, John;Kee, James Edwin;Newcomer, Kathryn E.;Boyer, Eric. Public Administration Review; May/Jun 2010; 70, 3; ProQuest, P.475</p>	<p><b>"A consistência das relações humanas que se estabelecem ao nível de uma PPP afeta a capacidade geral de uma agência do governo monitorar o cumprimento dos objectivos e recompensar o sucesso ou punir o fracasso do parceiro privado", situação que determina a continuidade da parceria.</b></p>
<p><b>Colaboração</b></p>	<p>"There are many potential interpersonal challenges to consider, (...) and most importantly, trust."                      "The way the two organizations regard each other is crucial, and above all else there must be mutual trust or the relationship may break down".</p>	<p>Ferrer, John;Kee, James Edwin;Newcomer, Kathryn E.;Boyer, Eric. Public Administration Review; May/Jun 2010; 70, 3; ProQuest, P.475</p>	<p>A falta de confiança impede a colaboração efectiva entre as partes, despoletando comportamentos não desejáveis de pendor formal e legalista, geralmente, associados ao cumprimento estrito do contrato ("sit back and do nothing but what the contract says" (Davis, 2008)).</p>
<p><b>Hipótese 7</b></p>	<p>A relação estabelecida entre parceiros, traduz uma relação de colaboração efectiva (i.e. relação de cooperação, com base numa confiança recíproca) determinante para o sucesso da PPP.</p>		

Conceito	Literatura relacionada ao conceito	Referência Bibliográfica	Definição (a negrito) Outras considerações, por referência ao conceito
	<p>"Performance measures are critical in PPPs for establishing trust (...)"</p> <p>"(...) PPPs are often measured against standards of "value for money" in order to determine how well these arrangements perform (...)"</p>	<p>Forrer, John;Kee, James Edwin;Newcomer, Kathryn E;Boyer, Eric. Public Administration Review; May/Jun 2010; 70, 3; ProQuest, P.475</p>	<p><b>Avaliar o Vfm é essencial para aferir, permanentemente, o sucesso/insucesso de uma PPP e estabelecer, paulatinamente, o nível de confiança entre os parceiros.</b></p>
<p><b>Medição da performance</b></p>	<p>"Incentive structure is also crucial; it can make the difference between a network that succeeds and one that fails".</p>	<p>Goldsmith, Stephen, and William D. Eggers. 2004. <i>Governing by Network: The New Shape of the Public Sector</i>. Washington, DC: Brookings Institution Press. (P.130)</p>	<p>A performance deve ser estimulada mantendo-se o foco nos <i>outputs</i> e não nos <i>inputs</i>, já que estes últimos não permitem fazer uma avaliação efectiva dos resultados.</p>
<p><b>Hipótese 8</b></p>	<p>Os ganhos em economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço prestado verificados, são determinantes para o sucesso da PPP.</p>		

## 5.2 Caracterização da amostra e recolha dos dados

Não obstante o enfoque desta análise coloque a tónica na fase de acompanhamento /monitorização, importa sublinhar que as PPP surgem aqui consideradas desde o seu lançamento, ou seja, desde o início da sua implementação. Neste sentido, será correcto afirmar que a presente investigação versa, *lato sensu*, as PPP na Saúde em Portugal. Nesta sequência, a população do nosso estudo compreende todos aqueles que, no seu contexto profissional, participaram/participam activamente na implementação e/ou execução destes instrumentos de nova gestão pública, assumindo posições de destaque ao nível do sector público, privado e/ou académico.

No presente trabalho foi adoptada uma amostragem não-aleatória, designada amostragem de especialistas<sup>77</sup>. A população de inquiridos é composta por políticos de primeira e segunda linha, executivos com cargos de direcção, gestores operacionais e académicos de renome – que participaram activamente em algum momento da implementação/execução das referidas PPP. Para que a amostra fosse o mais representativa e equilibrada possível, foram considerados para o efeito: 14 académicos, isto é, pessoas profissionalmente associadas por essa via às PPP, 52 pessoas ligadas aos grupos privados de Saúde que asseguram a gestão das entidades gestoras e consultores externos dos mesmos, e 52 pessoas do sector público e respectivos consultores, perfazendo um total de 118 respondentes. Notamos que, inicialmente, o conjunto de inquiridos compreendia também os deputados que integram a Comissão de Saúde da Assembleia da República, à qual compete o acompanhamento das PPP na área da Saúde. Esta comissão é composta por 23 elementos. Estes deputados não foram inquiridos, uma vez a comissão não se mostrou disponível para responder ao questionário. Em todo o caso, acreditamos que a população deste estudo (118 elementos) é bastante expressiva face ao número total de elementos que, ao longo deste processo de implementação/execução, estiveram directamente ligados às PPP<sup>78</sup>.

O questionário lançado no âmbito deste trabalho, designado “PPP na Saúde em Portugal”, compreendeu três questões de caracterização sobre perfil dos inquiridos, a par das 22 questões de opinião e duas de comentário. O tempo previsto de resposta foi de aproximadamente 10 minutos<sup>79</sup>. Este inquérito foi dirigido a 118 especialistas, através de mensagens personalizadas enviadas para endereços de correio electrónico válidos, nos dias

---

<sup>77</sup> Nestas amostras todos os elementos são especialistas (Maroco, 2003, p. 22).

<sup>78</sup> Esta convicção prende-se com o facto de termos realizado, a título prévio, uma análise exaustiva dos membros que colaboraram com organismos oficiais e dos colaboradores ou representantes legais das entidades privadas, podendo afirmar que o número total, mesmo assumindo por excesso uma considerável margem de erro, não ultrapassaria as 180 pessoas.

<sup>79</sup> Sendo de notar que, de acordo com o pré-teste, os tempos de demora situaram-se entre os 8 e os 12 minutos.

22 e 23 de Abril de 2014, e esteve disponível *on-line* para resposta até ao dia 8 de Junho de 2014. Obtivemos 39 respostas válidas, em conformidade com o Anexo 4.

Os contactos estabelecidos via email implicaram, numa primeira fase, uma exaustiva pesquisa curricular no sentido de avaliar se o respondente inicialmente visado deveria ser efectivamente considerado como “especialista”. As mensagens enviadas foram, na sua maioria, objecto de autorizações prévias, concedidas na sequência de contactos feitos directamente ou através de interposta pessoa, o que explica a validade de todos os endereços de correio electrónico<sup>80</sup>.

Este instrumento de inquirição tinha como objectivo aferir as percepções dos respondentes numa lógica de categorização mediante o preenchimento de uma escala ordinal e visava também a identificação de outras percepções sobre a realidade das PPP hospitalares. Dado tratar-se de um questionário semiaberto permitiu o levantamento de pistas explicativas para que percebêssemos melhor como acontece este fenómeno e em que condições (Sampieri *et al.*, 2006, p 107), isto é, quais as razões subjacentes às tendências de resposta identificadas na análise às perguntas do questionário.

No que respeita à análise e interpretação dos dados, a informação recolhida foi trabalhada através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), fazendo uso dos métodos estatísticos descritos no ponto 5.3.

A análise estatística relativa à composição/caracterização da amostra é apresentada nos termos que se seguem.

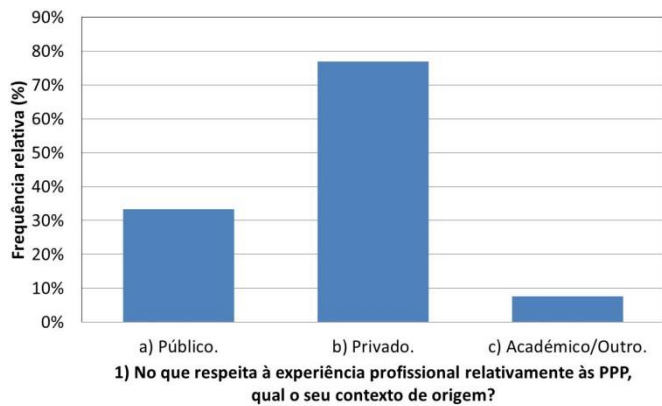
A este nível, importa notar que muitos dos inquiridos desempenharam, ao longo da sua carreira profissional, e no que respeita ao envolvimento com as PPP na Saúde em Portugal, funções quer no sector privado, quer no sector público, quer em termos académicos – em alguns casos em todas estas áreas. Neste sentido, apresentamos abaixo uma tabela ilustrativa das diversas tipologias de profissionais inquiridos e, para maior facilidade de análise, uma representação gráfica da caracterização em apreço.

---

<sup>80</sup> A base de contactos referida afigura-se de grande utilidade numa lógica de continuidade do presente trabalho.

**Tabela n.º 1 – Caracterização dos inquiridos por contexto profissional**

	Não		Sim	
	N	%	N	%
a) Público.	26	66,7%	13	33,3%
b) Privado.	9	23,1%	30	76,9%
c) Académico/Outro.	36	92,3%	3	7,7%

**Gráfico n.º 1 – Caracterização dos inquiridos por contexto profissional**

Na amostra, quanto à experiência profissional relativamente às PPP, 33% têm origem no sector público, 77% têm origem no sector privado e 8% têm origem no sector académico.

Agregando estes resultados, obtém-se a tabela seguinte.

**Tabela n.º 1.1 – Caracterização dos inquiridos por contexto profissional, informação agregada**

	Frequência	Percentagem
Só privado	26	66,7
Só público	8	20,5
Público e Privado	2	5,1
Público Privado e Académico	2	5,1
Público e Académico	1	2,6
Total	39	100,0

**Gráfico n.º 1.1 – Caracterização dos inquiridos por contexto profissional, informação agregada**



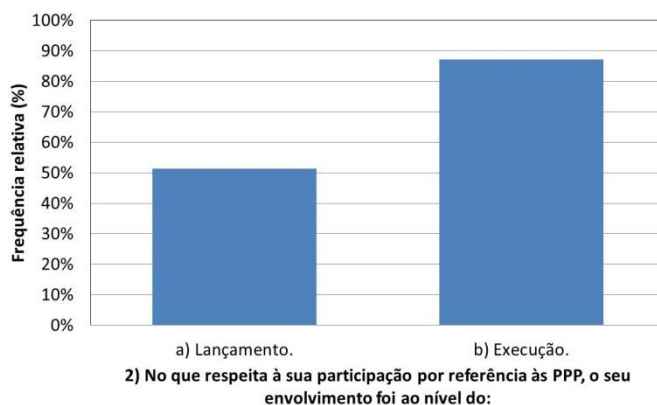
Por referência à amostra, quanto à experiência profissional relativamente às PPP, 67% têm origem apenas no sector privado, 20% têm origem apenas no sector público, 5% têm origem no sector público e privado. Também 5% têm origem no sector público, privado e académico e 3% (um elemento) tem origem no sector público e académico.

Adicionalmente, considerando que o envolvimento dos respondentes nas PPP pode ter ocorrido na fase inicial de implementação ou na fase de execução dos contratos, apresentamos infra a categorização dos inquiridos de acordo com a fase de desenvolvimento das PPP.

**Tabela n.º 2 – Caracterização dos inquiridos por fase de envolvimento**

	Não		Sim	
	N	%	N	%
a) Lançamento.	19	48,7%	20	51,3%
b) Execução.	5	12,8%	34	87,2%

**Gráfico n.º 2 – Caracterização dos inquiridos por fase de envolvimento**





Por referência à amostra, quanto ao envolvimento na participação por referência às PPP, 51% estiveram envolvidos no lançamento e 87% na execução.

Agregando estes resultados, obtém-se a tabela seguinte.

**Tabela n.º 2.1 – Caracterização dos inquiridos por fase de envolvimento, informação agregada**

	Frequência	Percentagem
Só Lançamento	4	10,5
Só Execução	18	47,4
Lançamento e Execução	16	42,1
Total	38	100,0

A este respeito, verifica-se uma não resposta, pelo facto de nenhuma das opções ser aplicável a esse elemento.

**Gráfico n.º 2.1 – Caracterização dos inquiridos por fase de envolvimento, informação agregada**

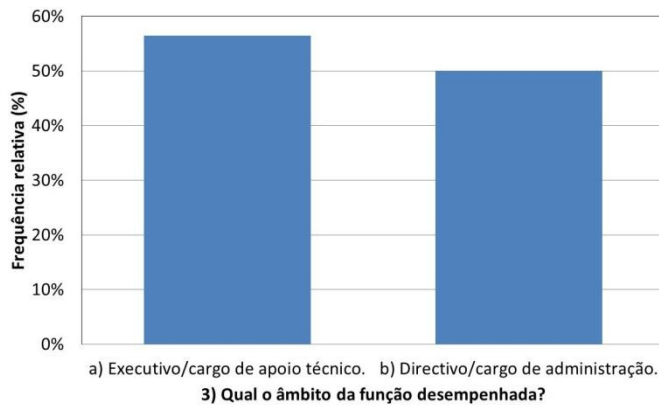


Por referência à amostra, quanto ao envolvimento na participação por referência às PPP, 11% participaram apenas no lançamento, 47% participaram apenas na execução e 42% participaram no lançamento e na execução.

Por último, ilustramos a distribuição da nossa amostra por referência ao tipo de função desempenhada pelos inquiridos.

**Tabela n.º 3 – Caracterização dos inquiridos por tipo de função**

	Não		Sim	
	N	%	N	%
a) Executivo/ cargo de apoio técnico.	17	43,6%	22	56,4%
b) Diretivo/ cargo de administração.	19	50,0%	19	50,0%

**Gráfico n.º 3 – Caracterização dos inquiridos por tipo de função**

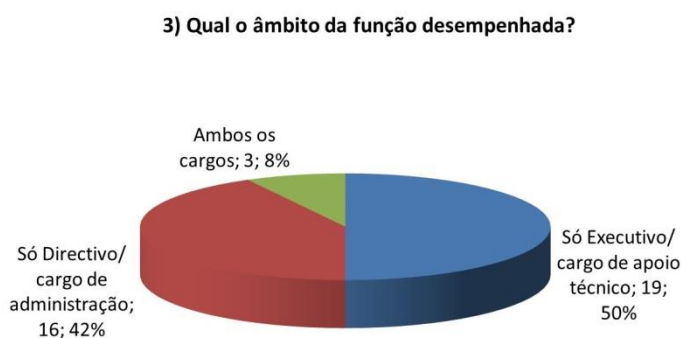
Por referência à amostra, quanto ao âmbito da função desempenhada, 56% desempenham função executiva ou de apoio técnico e 50% desempenham função directiva ou um cargo de administração.

Agregando estes resultados, obtém-se a tabela seguinte.

**Tabela n.º 3.1 – Caracterização dos inquiridos por tipo de função, informação agregada**

	Frequência	Percentagem
Só Executivo/ cargo de apoio técnico	19	50,0
Só Directivo/ cargo de administração	16	42,1
Ambos os cargos	3	7,9
Total	38	100,0

A este respeito, verifica-se uma não resposta, pelo facto de não ser aplicável a esse elemento.

**Gráfico n.º 3.1 – Caracterização dos inquiridos por tipo de função, informação agregada**

Por referência à amostra, quanto ao âmbito da função desempenhada, 50% desempenham apenas função executiva ou de apoio técnico, 42% desempenham apenas função directiva ou cargo de administração, e 8% desempenham ambos os cargos/funções.

Tendo consciência do possível impacto que uma maior participação de um determinado subconjunto de inquiridos, face a outro, teria em termos da interpretação conjunta dos dados – dado que as percepções podem diferir, desde logo, consoante o tipo de contexto profissional dos inquiridos – fomos aferir os resultados obtidos considerando as diferenças de perfil dos inquiridos. Com base no teste t de Student aferimos as tendências de resposta dos inquiridos pertencentes ao sector público e ao sector privado, concluindo que o contexto de origem não se afigura determinante na percepção do fenómeno em apreço. Com efeito, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No Anexo 2 é apresentada, em detalhe, a análise em apreço.

Esta primeira aferição permitiu-nos fazer de forma conjunta as análises subsequentes, obviando a realização de análises específicas, efectuadas por referência a subconjuntos amostrais.

### **5.3 Métodos estatísticos**

Sem se presumir que o leitor interessado nestas temáticas tenha proficiência básica com a formulação estatística, procedemos de seguida a uma breve descrição dos testes estatísticos e da forma como estes foram utilizados, de modo a facilitar a leitura da análise dos resultados.

#### **Estatística Descritiva**

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas.

As variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das categorias apresentadas, destacando-se como relevantes os seguintes dados:

- Os valores médios obtidos para cada questão – para as questões numa escala de 1 a 9, um valor superior a 5 é superior ao ponto intermédio da escala.
- Os valores do desvio padrão associados a cada questão representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão.
- O coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa das respostas: quanto maior, maior é a dispersão de respostas.
- Os valores mínimos e máximos observados.

Neste âmbito, são também apresentados os gráficos ilustrativos dos valores médios das respostas dadas às várias questões.

### **Análise de consistência interna de escalas**

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem. O procedimento utilizado calcula as medidas de consistência interna da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala.

O Alfa (Cronbach) é um modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item, sendo o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas.

O Alfa de Cronbach mede a fidelidade ou consistência interna de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, mede a forma como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão. Sempre que os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o alfa de Cronbach será baixo. Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão.

Note-se que um coeficiente de consistência interna de 0.80 ou mais é considerado como "bom" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de consistência interna entre 0.70 e 0.80 é considerado como aceitável. Em alguns estudos admitem-se valores de consistência interna de 0,60 a 0,70, o que, segundo a literatura, é "fraco".

Quando existem *missing values*, os elementos da amostra correspondentes são excluídos dos cálculos efectuados para o Alfa de Cronbach.

### **Modelos de Regressão Linear**

Os modelos de regressão linear múltipla apresentam duas ou mais variáveis independentes, que vão ser usadas para estimar os valores da variável dependente.

A fórmula geral do modelo é a seguinte:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_{p-1} X_{i,p-1} + \varepsilon_i \quad i=1, 2, \dots, n$$

$Y_i$  é a variável dependente. O  $i$  representa a observação amostral  $i$  em  $n$ .

$X_{p-1}$  são as variáveis independentes ou explicativas. No modelo há  $p-1$  variáveis explicativas e  $p$  parâmetros. Todas as restantes variáveis são variáveis independentes.

$\beta_k$  são os parâmetros do modelo: o parâmetro indica-nos a variação do valor esperado de  $Y$ , com o aumento de uma unidade de  $X_k$ , quando todas as outras variáveis explicativas no modelo permanecem constantes.

$\varepsilon_i$  é o termo aleatório (termo erro ou ainda termo de perturbação), representa todas as variáveis com poder explicativo sobre a variável de interesse que foram omitidas pelo modelo.

Para encontrar “bons” estimadores dos parâmetros da regressão, utiliza-se o método dos mínimos quadráticos.

### **Qualidade do ajuste linear obtido**

O Coeficiente de Determinação ( $r^2$ ) surge como uma medida do efeito das variáveis explicativas na redução da variação dos  $Y_i$ , isto é, na redução da incerteza associada à previsão do  $Y_i$ . De outra forma, o  $r^2$  mede a percentagem ou a proporção da variação total dos  $Y_i$  explicada pelo modelo.

### **Comparação da qualidade do ajuste linear com dois modelos: Coeficiente de Determinação Ajustado ( $r_a^2$ ).**

Adicionando mais variáveis ao modelo de regressão, o  $r^2$  só pode aumentar. Para fazer face a isto, é normalmente sugerida uma medida que se ajusta para o número das variáveis independentes no modelo – coeficiente de determinação ajustado. O ajustamento efectuado consiste simplesmente em dividir as duas somas dos quadrados pelos respectivos graus de liberdade.

Este coeficiente pode assumir um valor inferior, quando se introduz uma variável explicativa adicional, pois uma redução da soma dos quadrados dos erros pode ser compensada com a perda de mais um grau de liberdade no denominador  $n-p$ .

Passemos então à análise e interpretação dos resultados alcançados.

## VI. Discussão de resultados

Atenta a amostra descrita e os métodos elencados, vamos analisar e interpretar os resultados obtidos, procurando confirmar ou infirmar as hipóteses descritas no capítulo anterior.

### 6.1 Análise estatística descritiva

No que respeita a uma análise meramente descritiva dos resultados obtidos observemos, antes de mais, as respostas dadas às questões de seguida elencadas (conforme Anexo 1 – Questionário – PPP na Saúde em Portugal).

- 1) Em termos gerais, a alocação de riscos efectuada nas PPP em análise foi adequada. Assumindo que cada tipo de risco deve ser atribuído à organização que melhor o pode controlar, maximizando o benefício público.
- 2) No que respeita à extinção do contrato de gestão, o plano de contingência do sector público para as PPP em análise permite efectivamente minimizar os impactos desse facto para o interesse público.
- 3) Em termos gerais, foi efectuada uma correcta identificação e distribuição/partilha de riscos pelos parceiros público e privado, isto é, os riscos foram alocados ao parceiro que melhor os pode gerir e suportar.
- 4) A opção pelas PPP em análise, assente no conceito de boa aplicação do dinheiro, numa perspectiva de custo-benefício (i.e. "*Value for money*"), determinado com base no custo público comparável, teve em consideração uma análise efectiva dos encargos globais que lhes estão associados.
- 5) O Estado conseguirá obter uma boa aplicação do dinheiro (i.e. "*Value for money*"), considerando o ciclo de vida dos activos em causa, mediante o recurso às PPP em análise.
- 6) Os ganhos associados à participação do parceiro privado nas PPP em análise superam os encargos com o seu lançamento e monitorização, no sentido de que estes seriam significativamente reduzidos se o mesmo serviço fosse provido pelo sector público, em moldes tradicionais.
- 7) As PPP em análise asseguram a equidade social (inexistência do efeito "escolha selectiva"), em termos de acesso aos cuidados de saúde.

- 8) Existe suporte político suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise.
- 9) Existe suporte social suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise.
- 10) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram valor acrescentado às PPP em análise.
- 11) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram inovação às PPP em análise.
- 12) O sector público possui as capacidades/competências necessárias para executar a sua missão de acompanhamento/fiscalização, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise.
- 13) O sector público é dependente da consultoria externa para realizar as funções que lhe estão atribuídas, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise.
- 14) Existe uma relação de confiança entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise.
- 15) Existe um clima de cooperação entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise.
- 16) A forma de colaboração entre parceiros públicos e parceiros privados contribui para o bom desempenho das PPP em análise.
- 17) Apesar do curto registo histórico das PPP, no que respeita à gestão da actividade/execução do contrato, a performance alcançada em termos de economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço é positiva.
- 18) No que respeita à gestão da actividade/execução do contrato, o sistema de incentivos à performance é adequado.
- 19) No âmbito de uma apreciação global da experiência, considera que este instrumento de gestão pública se revelou adequado e deve ser replicado a outros Hospitais em Portugal.
- 20) Enquanto instrumento de gestão pública, considera que as PPP podem ser replicadas noutros países nos termos em que foram implementadas em Portugal.
- 21) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do benefício público.

22) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do interesse privado.

Apresentamos infra a tabela contendo as estatísticas e o gráfico das médias referentes às respostas dadas às perguntas de opinião, remetendo para o Anexo 3 a tabela de frequências.

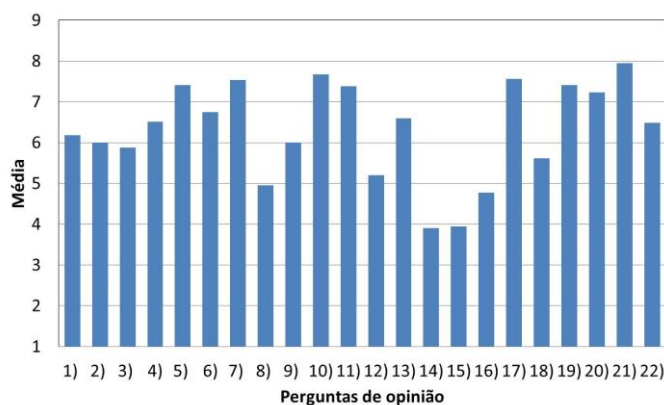
**Tabela n.º 4 – Estatísticas – Perguntas de Opinião**

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1)	39	6,18	2,10	34%	2	9
2)	39	6,00	2,32	39%	1	9
3)	39	5,87	2,04	35%	2	9
4)	39	6,51	1,85	28%	2	9
5)	39	7,41	1,58	21%	2	9
6)	39	6,74	2,53	38%	1	9
7)	39	7,54	1,82	24%	1	9
8)	39	4,95	2,20	44%	1	9
9)	39	6,00	1,89	32%	2	9
10)	39	7,67	1,78	23%	1	9
11)	39	7,38	2,01	27%	1	9
12)	39	5,21	2,30	44%	1	9
13)	39	6,59	2,36	36%	1	9
14)	39	3,90	2,19	56%	1	8
15)	39	3,95	2,15	54%	1	8
16)	39	4,77	2,65	56%	1	9
17)	39	7,56	1,54	20%	4	9
18)	39	5,62	2,28	41%	1	9
19)	39	7,41	1,83	25%	1	9
20)	39	7,23	1,90	26%	1	9
21)	39	7,95	1,59	20%	2	9
22)	39	6,49	1,82	28%	2	9

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo Completamente; ...; 9- Concordo Completamente.

**Gráfico n.º 4 – Médias das perguntas de opinião**



Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas. Cumpre notar que, em média, a concordância é superior ao ponto médio da escala relativamente à maioria dos itens. A este nível, são de destacar: o item “21) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do benefício público”, seguido do item “10) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram valor acrescentado às PPP em análise”, depois o item “17) Apesar do curto registo histórico das PPP, no que respeita à gestão da



actividade/execução do contrato, a performance alcançada em termos de economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço, é positiva” e o item “7) As PPP em análise asseguram a equidade social (inexistência do efeito "escolha selectiva"), em termos de acesso aos cuidados de saúde”. Nesta sequência, pela mesma ordem decrescente, apresentam-se os itens 5), 19) e 11), depois o item 20), seguido do item 6), depois os itens 13), 4) e 22), depois ainda os itens 1), 2), 9), 3) e 18) e por fim o item 12), sendo que para todos estes itens a concordância é superior ao ponto intermédio da escala de medida.

Por sua vez, a concordância é inferior ao ponto intermédio da escala de medida relativamente aos itens de seguida referidos, apresentados por ordem crescente: o item “14) Existe suporte político suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise”, seguido do item “15) Existe uma clima de cooperação entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise”, depois o item “16) A forma de colaboração entre parceiros públicos e parceiros privados contribui para o bom desempenho das PPP em análise” e, por fim, o item “8) Existe suporte político suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise”.

Relativamente às questões “23) Considerando as questões colocadas anteriormente, entende que existem outros critérios a incluir numa avaliação genérica das PPP em análise, enquanto instrumentos de gestão pública” e “24) Tem algum comentário final que gostasse de incluir?”, notamos que as respostas facultadas pelos inquiridos serão objecto de uma análise de conteúdo adiante efectuada.

## 6.2 Análise de consistência interna das dimensões da escala

Paralelamente à análise descritiva dos resultados a que procedemos no início desta secção, considerámos relevante analisar a consistência interna das dimensões da escala<sup>81</sup>. Para o efeito, conforme referido no ponto 5.3, utilizámos o Alfa de Cronbach<sup>82</sup>. A escala em apreço é uma escala ordinal do tipo Likert com nove alternativas de resposta (de “1” a “9”), situadas entre as categorias “discordo totalmente” e “concordo totalmente”, e é constituída por 22 itens, os quais se organizam em sete factores<sup>83</sup>, conforme abaixo se apresenta:

---

<sup>81</sup> Com efeito, o objecto de um estudo estatístico são as variáveis (esse “algo” que se quer medir) e a informação que estas podem fornecer. Ora, a valia desta informação é dependente do modo como as variáveis em estudo foram medidas e da qualidade dessa medição, isto é, da proporção do erro experimental de medida e da quantidade de informação que a escala de medida utilizada pode fornecer (Maroco, 2003, p.17).

<sup>82</sup> Relembramos que este índice mede a correlação entre respostas de um questionário, apresentando uma correlação média entre as perguntas, atenta uma determinada escala de medição. “[O] alfa de Cronbach fornece uma subestimativa da verdadeira fiabilidade da medida” (Maroco & Garcia-Marques, 2006, p. 1).

<sup>83</sup> Os seis factores indicados por Forrer *et al.*: risco, custo-benefício, impacto social e político, expertise, colaboração, performance e a percepção do sucesso, propriamente dita.

Tabela n.º 5 – Factores e respectivos indicadores

Fatores	Itens Indicadores
Risco	1) Em termos gerais, a alocação de riscos efectuada nas PPP em análise foi adequada. Assumindo que cada tipo de risco deve ser atribuído à organização que melhor o pode controlar, maximizando o benefício público. 2) No que respeita à extinção do contrato de gestão, o plano de contingência do sector público para as PPP em análise permite efectivamente minimizar os impactos desse facto para o interesse público. 3) Em termos gerais, foi efectuada uma correcta identificação e distribuição/partilha de riscos pelos parceiros público e privado, isto é, os riscos foram alocados ao parceiro que melhor os pode gerir e suportar.
Custo-benefício	4) A opção pelas PPP em análise, assente no conceito de boa aplicação do dinheiro, numa perspectiva de custo-benefício (i.e. "Value for money"), determinado com base no custo público comparável, teve em consideração uma análise efectiva dos encargos globais que lhes estão associados. 5) O Estado conseguirá obter uma boa aplicação do dinheiro (i.e. "Value for money"), considerando o ciclo de vida dos activos em causa, mediante o recurso às PPP em análise. 6) Os ganhos associados à participação do parceiro privado nas PPP em análise, superam os encargos com o seu lançamento e monitorização, no sentido de que estes seriam significativamente reduzidos se o mesmo serviço fosse provido pelo sector público, em moldes tradicionais.
Impacto social e político	7) As PPP em análise asseguram a equidade social (inexistência do efeito "escolha selectiva"), em termos de acesso aos cuidados de saúde. 8) Existe suporte político suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise. 9) Existe suporte social suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise.
Expertise	10) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram valor acrescentado às PPP em análise. 11) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram inovação às PPP em análise. 12) O sector público possui as capacidades/competências necessárias para executar a sua missão de acompanhamento/fiscalização, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise. 13) O sector público é dependente da consultoria externa para realizar as funções que lhe estão atribuídas, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise.
Colaboração	14) Existe uma relação de confiança entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise. 15) Existe um clima de cooperação entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise. 16) A forma de colaboração entre parceiros públicos e parceiros privados contribui para o bom desempenho das PPP em análise.
Performance	17) Apesar do curto registo histórico das PPP, no que respeita à gestão da actividade/execução do contrato, a performance alcançada em termos de economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço, é positiva. 18) No que respeita à gestão da actividade/execução do contrato o sistema de incentivos à performance é adequado.
Percepção do sucesso das PPP	19) No âmbito de uma apreciação global da experiência, considera que este instrumento de gestão pública se revelou adequado e deve ser replicado a outros Hospitais em Portugal. 20) Enquanto instrumento de gestão pública, considera que as PPP podem ser replicadas noutros países, nos termos em que foram implementadas em Portugal. 21) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do benefício público. 22) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do interesse privado.

Tabela n.º 6 – Estatísticas de consistência interna: Risco

Alfa de Cronbach	N de Itens
<b>0,666</b>	<b>3</b>

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que podemos considerar que os dados medem de forma minimamente aceitável uma única dimensão: o Risco.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que o item 2 contribui para que o valor do Alfa não seja mais elevado:

**Tabela n.º 6.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Risco**

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1) Em termos gerais, a alocação de riscos efectuada nas PPP em análise foi adequada. Assumindo que cada tipo de risco deve ser atribuído à organização que melhor o pode controlar, maximizando o benefício público.	,601	,405
2) No que respeita à extinção do contrato de gestão, o plano de contingência do sector público para as PPP em análise permite efectivamente minimizar os impactos desse facto para o interesse público.	,353	,746
3) Em termos gerais, foi efectuada uma correcta identificação e distribuição/partilha de riscos pelos parceiros público e privado, isto é, os riscos foram alocados ao parceiro que melhor os pode gerir e suportar.	,503	,541

**Tabela n.º 7 – Estatísticas de consistência interna: Custo-benefício**

Alfa de Cronbach	N de Itens
<b>0,609</b>	<b>3</b>

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que podemos considerar que os dados medem de forma minimamente aceitável uma única dimensão: o Custo-benefício.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja bastante mais elevado:

**Tabela n.º 7.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Custo-benefício**

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
4) A opção pelas PPP em análise, assente no conceito de boa aplicação do dinheiro, numa perspectiva de custo-benefício (i.e. "Value for money"), determinado com base no custo público comparável, teve em consideração uma análise efectiva dos encargos globais que lhes estão associados.	,342	,609
5) O Estado conseguirá obter uma boa aplicação do dinheiro (i.e. "Value for money"), considerando o ciclo de vida dos activos em causa, mediante o recurso às PPP em análise.	,601	,324
6) Os ganhos associados à participação do parceiro privado nas PPP em análise, superam os encargos com o seu lançamento e monitorização, no sentido de que estes seriam significativamente reduzidos se o mesmo serviço fosse provido pelo sector público, em moldes tradicionais.	,392	,613

**Tabela n.º 8 – Estatísticas de consistência interna: Impacto social e político**

Alfa de Cronbach	N de Itens
<b>0,425</b>	<b>3</b>

O valor do Alfa de Cronbach é inferior ao valor de 0,60, pelo que não podemos considerar que os dados medem de forma aceitável uma única dimensão: o Impacto social e político.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado:

**Tabela 8.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Impacto social e político**

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
7) As PPP em análise asseguram a equidade social (inexistência do efeito "escolha selectiva"), em termos de acesso aos cuidados de saúde.	,261	,325
8) Existe suporte político suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise.	,253	,342
9) Existe suporte social suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise.	,259	,325

**Tabela n.º 9 – Estatísticas de consistência interna: *Expertise***

Alfa de Cronbach	N de Itens
<b>0,767</b>	<b>4</b>

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,70, pelo que podemos considerar que os dados medem de forma aceitável uma única dimensão: a *Expertise*.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que os itens 12 e 13 contribuem para que o valor do Alfa não seja mais elevado:

**Tabela n.º 9.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: *Expertise***

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
10) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram valor acrescentado às PPP em análise.	,771	,622
11) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram inovação às PPP em análise.	,842	,562
12) O sector público possui as capacidades/competências necessárias para executar a sua missão de acompanhamento/fiscalização, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise.	,379	,815
13) O sector público é dependente da consultoria externa para realizar as funções que lhe estão atribuídas, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise.	,396	,810

**Tabela n.º 10 – Estatísticas de consistência interna: Colaboração**

Alfa de Cronbach	N de Itens
<b>0,912</b>	<b>3</b>

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que os dados medem de forma adequada uma única dimensão: a Colaboração.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que o item 16 contribui para que o valor do Alfa não seja mais elevado:

**Tabela n.º 10.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Colaboração**

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
14) Existe uma relação de confiança entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise.	,897	,819
15) Existe um clima de cooperação entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise.	,863	,848
16) A forma de colaboração entre parceiros públicos e parceiros privados contribui para o bom desempenho das PPP em análise.	,743	,962

**Tabela n.º 11 – Estatísticas de consistência interna: Performance**

Alfa de Cronbach	N de Itens
<b>0,111</b>	<b>2</b>

O valor do Alfa de Cronbach é inferior ao valor de 0,60, pelo que não podemos considerar que os dados medem de forma aceitável uma única dimensão: a Performance.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala:

**Tabela n.º 11.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Performance**

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
17) Apesar do curto registo histórico das PPP, no que respeita à gestão da actividade/execução do contrato, a performance alcançada em termos de economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço, é positiva.	,064	Não calculado para 2 itens
18) No que respeita à gestão da actividade/execução do contrato o sistema de incentivos à performance é adequado.	,064	Não calculado para 2 itens

**Tabela n.º 12 – Estatísticas de consistência interna: Percepção do sucesso das PPP**

Alfa de Cronbach	N de Itens
<b>0,762</b>	<b>4</b>

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,70, pelo que podemos considerar que os dados medem de forma aceitável uma única dimensão: a Percepção do sucesso das PPP.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que o item 22 contribui para que o valor do Alfa não seja mais elevado:

**Tabela n.º 12.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Percepção do sucesso das PPP**

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
19) No âmbito de uma apreciação global da experiência, considera que este instrumento de gestão pública se revelou adequado e deve ser replicado a outros Hospitais em Portugal.	,745	,599
20) Enquanto instrumento de gestão pública, considera que as PPP podem ser replicadas noutros países, nos termos em que foram implementadas em Portugal.	,734	,602
21) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do benefício público.	,737	,622
22) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do interesse privado.	,147	,906

Na sequência do exposto, podemos resumir as estatísticas de consistência interna da forma que se apresenta na seguinte tabela:

**Tabela n.º 13 – Resumo: Estatísticas de consistência interna**

	Alfa de Cronbach	N de Itens
Risco	<b>0,666</b>	3
Custo-benefício	<b>0,609</b>	3
Impacto social e político	<b>0,425</b>	3
Expertise	<b>0,767</b>	4
Colaboração	<b>0,912</b>	3
Performance	<b>0,111</b>	2
Percepção do sucesso das PPP	<b>0,762</b>	4

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60 para a maioria dos factores, sendo superior ao valor de 0,70 e até de 0,80 para três dos factores, sendo inferior ao valor desejado para os factores Impacto social e político e Performance, pelo que estes factores não são determinados de forma consistente mas, ainda assim, serão utilizados nas análises posteriores com as devidas cautelas. Note-se que a Percepção do sucesso das PPP, variável dependente dos modelos utilizados posteriormente, apresenta consistência interna aceitável, o que é relevante, pois será utilizada em todas as hipóteses estudadas.

### **6.3 Construção dos factores e análise de estatística descritiva e correlacional**

A título preliminar, importa lembrar que quando as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, como as resultantes da construção de escalas, estas podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R. Este coeficiente configura uma

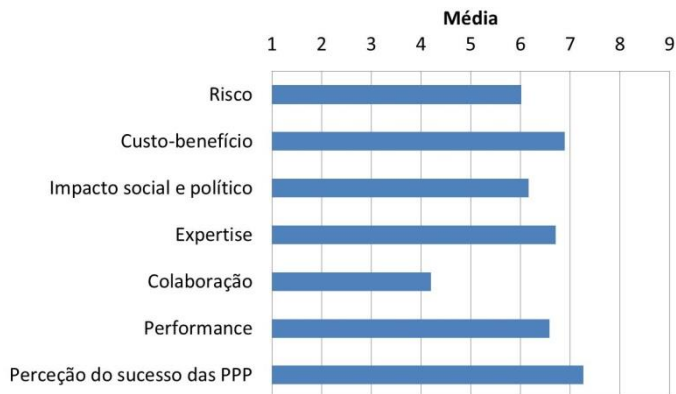
medida da associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis.

Para cada um dos factores da escala, os respectivos valores foram determinados a partir do cálculo da média dos itens que os constituem.

**Tabela n.º 14 – Estatísticas: Factores da escala**

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Risco	39	6,02	1,67	28%	2,00	8,33
Custo-benefício	39	6,89	1,52	22%	2,00	9,00
Impacto social e político	39	6,16	1,35	22%	3,00	8,33
Expertise	39	6,71	1,63	24%	1,00	9,00
Colaboração	39	4,21	2,16	51%	1,00	8,00
Performance	39	6,59	1,41	21%	3,50	8,50
Percepção do sucesso das PPP	39	7,27	1,37	19%	3,75	9,00

**Gráfico n.º 5 – Factores da escala, em média**



Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, que nos permitem concluir que os factores mais verificados são, em média, a Percepção do sucesso das PPP, seguido do Custo-benefício, depois da *Expertise*, seguido da Performance, do Impacto social e político e, por fim, do Risco, sendo o valor médio superior ao ponto intermédio da escala de medida para todos estes factores.

O factor menos verificado é, em média, a Colaboração, sendo o valor médio deste factor inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

**Tabela n.º 15 – Correlação de Pearson: Relação entre os factores da escala**

N = 39		Risco	Custo-benefício	Impacto social e político	Expertise	Colaboração	Performance
Risco	r	1					
	p						
Custo-benefício	r	,260	1				
	p	,110					
Impacto social e político	r	,517(**)	,479(**)	1			
	p	,001	,002				
Expertise	r	,395(*)	,388(*)	,458(**)	1		
	p	,013	,015	,003			
Colaboração	r	,218	,074	,424(**)	,218	1	
	p	,182	,654	,007	,182		
Performance	r	,596(**)	,438(**)	,517(**)	,433(**)	,408(**)	1
	p	,000	,005	,001	,006	,010	
Percepção do sucesso das PPP	r	,540(**)	,589(**)	,643(**)	,811(**)	,360(*)	,633(**)
	p	,000	,000	,000	,000	,024	,000

\*\* Correlação forte, para um nível p de 0.01. \* Correlação normal, para um nível p de 0.01.

Verifica-se uma relação positiva e estatisticamente significativa entre os seguintes factores da escala:

- Percepção do sucesso das PPP e todos os restantes factores;
- Risco e os factores Impacto social e político, *Expertise* e Performance;
- Custo-benefício e os factores Impacto social e político, *Expertise* e Performance;
- Impacto social e político e todos os restantes factores;
- *Expertise* e os factores Risco, Custo-benefício, Impacto social e político e Performance;
- Colaboração e os factores Impacto social e político e Performance;
- Performance e todos os restantes factores;

Estas relações estatisticamente significativas são todas positivas, significa que que sempre que se verifica maiores valores num determinado factor verificam-se também valores mais elevados no outro factor com ele relacionado de forma estatisticamente significativa.

## 6.4 Hipóteses

### 6.4.1 Risco: Hipótese 1: “A adequada identificação e distribuição dos riscos entre parceiro público e privado é determinante para o sucesso da PPP”.

De início é apresentado um modelo de regressão linear simples, que utiliza como variável dependente (adiante abreviadamente designada VD) a Percepção do sucesso das PPP e integra apenas a variável independente referida na hipótese: factor Risco. São apresentados os resultados mais relevantes.



**Tabela n.º 16 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 1: Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,540	,292	,272

O coeficiente de determinação indica que 29,2% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pela variável independente incluída no modelo: o factor Risco. O coeficiente de determinação ajustado é de 27,2%.

**Tabela n.º 16.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para a Hipótese 1**

	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	4,612		6,532	0,000
Risco	,442	,540	3,903	** 0,000

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

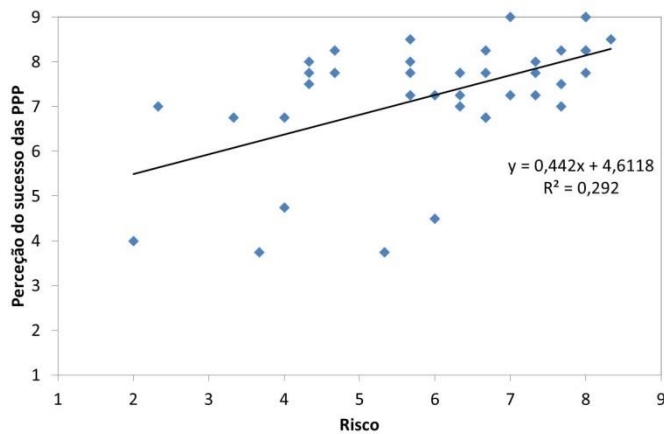
t – Estatística do teste t de Student. p -Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

O valor de prova é inferior a 5%, pelo que o factor Risco é estatisticamente significativo para o modelo.

A variável cuja estimativa do coeficiente apresenta valor positivo contribui positivamente para o aumento da variável dependente, tendo as estimativas negativas o efeito contrário: uma variação de uma unidade na variável independente provoca uma variação média esperada na variável dependente igual ao valor da estimativa do coeficiente. O valor de prova do teste t de Student para cada variável indica-nos a probabilidade de essa variável tomar um valor nulo no modelo, não sendo significante, apresentando todas as variáveis valores da significância inferiores aos 5% estabelecido como valor desejável.

A variável incluída no modelo indica que a variação de uma unidade no factor Risco provoca um aumento médio da variável dependente “Percepção do sucesso das PPP” igual ao valor do coeficiente  $b=0,442$ . Portanto, um aumento no factor Risco provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, em que  $b=0,442$  e  $p<0,001$ .

**Gráfico n.º 6: Hipótese 1 – Relação entre o factor Risco e a Percepção do sucesso das PPP**



De seguida, será desenvolvido um modelo que integra como variáveis independentes todos os itens que foram utilizados para a construção do factor Risco, por forma a verificar a contribuição de cada um deles para a relação com a VD.

**Tabela n.º 16.2 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 1 (itens individuais): Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,572	,328	,270

O coeficiente de determinação indica que 32,8% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo (questões 1, 2 e 3). O coeficiente de determinação ajustado é de 27,0%.

**Tabela n.º 16.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para a Hipótese 1 (itens individuais)**

	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	4,576		6,464	0,000
1) Adequada alocação do risco	-,003	-,005	-,029	0,977
2) Existência de planos de contingência	,212	,359	2,400	* 0,022
3) Correta identificação e partilha dos riscos	,246	,367	2,129	* 0,040

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

t – Estatística do teste t de Student. p -Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Apenas os itens “2) Existência de planos de contingência” e “3) Correta identificação e partilha dos riscos” estão correlacionados de forma estatisticamente significativa – e positiva – com a VD. Um aumento nestes itens provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, para a “2) Existência de planos de contingência”:  $b=0,212$  e  $p=0,022$ , para a “3) Correta identificação e partilha dos riscos”:  $b=0,246$  e  $p=0,040$ . O item “1)

Adequada alocação do risco” não provoca um aumento significativo da VD “Percepção do sucesso das PPP”:  $p=0,977$ .

Portanto, podemos concluir que se verifica a Hipótese 1: “A adequada identificação e distribuição dos riscos entre parceiro público e privado é determinante para o sucesso da PPP”, globalmente para o factor Risco e individualmente para os itens “2) Existência de planos de contingência” e “3) Correta identificação e partilha dos riscos” deste factor, mas não para o item “1) Adequada alocação do risco”.

#### **6.4.2 Custo-Benefício: Hipótese 2: “Os encargos crescentes associados às PPP, designadamente com a monitorização dos contratos, compensam os ganhos de Vfm inicialmente considerados e tidos como determinantes para o sucesso da PPP”**

Apresentam-se os resultados do modelo de regressão linear simples que utiliza como variável dependente (VD) a Percepção do sucesso das PPP e integra apenas a variável independente referida na hipótese: factor Custo-benefício.

**Tabela n.º 17 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 2: Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,589	,346	,329

O coeficiente de determinação indica que 34,6% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pela variável independente incluída no modelo: o factor Custo-benefício. O coeficiente de determinação ajustado é de 32,9%.

**Tabela n.º 17.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para a Hipótese 2**

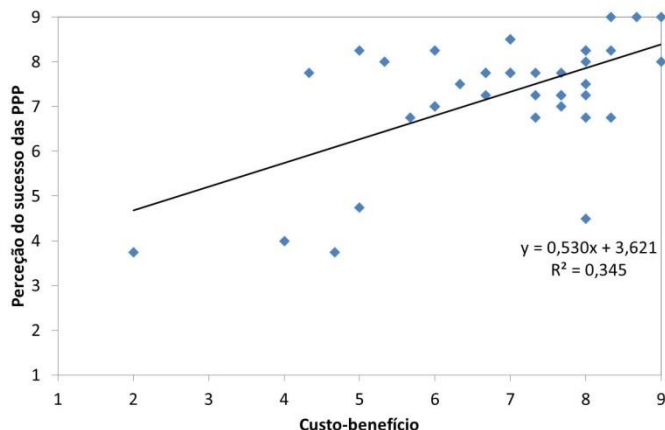
	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	3,621		4,296	0,000
Custo-benefício	,530	,589	4,429	** 0,000

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

t – Estatística do teste t de Student. p – Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Portanto, um aumento no factor Custo-benefício provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, em que  $b=0,530$  e  $p<0,001$ .

**Gráfico n.º 7: Hipótese 2 – Relação entre o factor Custo-benefício e a Percepção do sucesso das PPP**



De seguida, será desenvolvido um modelo que integra como variáveis independentes todos os itens que foram utilizados para a construção do factor Custo-benefício, por forma a verificar a contribuição de cada um deles para a relação com a VD.

**Tabela n.º 17.2 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 2 (itens individuais): Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,703	,494	,451

O coeficiente de determinação indica que 49,4% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo (questões 4, 5 e 6). O coeficiente de determinação ajustado é de 45,1%.

**Tabela n.º 17.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para a Hipótese 2 (itens individuais)**

	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	2,561		3,080	0,004
4) Boa aplicação do dinheiro considerando os encargos totais	,177	,240	1,782	0,083
5) Boa aplicação do dinheiro considerando o ciclo de vida dos activos	,504	,585	3,883	** 0,000
6) Contraposição entre os ganhos e os encargos associados à participação do parceiro privado	-,027	-,050	-,364	0,718

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

t – Estatística do teste t de Student. p – Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Apenas o item “5) Boa aplicação do dinheiro considerando o ciclo de vida dos activos” está correlacionado de forma estatisticamente significativa – e positiva – com a VD. Um aumento neste item provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das

PPP”, para a “5) Boa aplicação do dinheiro considerando o ciclo de vida dos ativos”:  $b=0,504$  e  $p<0,001$ . Os itens “4) Boa aplicação do dinheiro considerando os encargos totais” ( $p=0,083$ ) e “6) Contraposição entre os ganhos e os encargos associados à participação do parceiro privado” ( $p=0,718$ ) não provocam uma variação significativa da VD “Percepção do sucesso das PPP”.

Portanto, podemos concluir que se verifica a Hipótese 2: “Os encargos crescentes associados às PPP, designadamente com a monitorização dos contratos, compensam os ganhos de Vfm inicialmente considerados e tidos como determinantes para o sucesso da PPP”, globalmente para o factor Custo-benefício e individualmente para o item “5) Boa aplicação do dinheiro considerando o ciclo de vida dos activos”, mas não para os itens “4) Boa aplicação do dinheiro considerando os encargos totais” e “6) Contraposição entre os ganhos e os encargos associados à participação do parceiro privado”.

#### 6.4.3 Impacto social e político: Hipóteses 3 e 4 (conjuntas): “O Impacto social e político é determinante para o sucesso da PPP”

Apresentam-se os resultados do modelo de regressão linear simples que utiliza como variável dependente (VD) a Percepção do sucesso das PPP e integra apenas a variável independente referida na hipótese: factor Impacto social e político.

**Tabela n.º 18 – Qualidade de ajuste do modelo para as Hipóteses 3 e 4 em conjunto: Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,643	,413	,397

O coeficiente de determinação indica que 41,3% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pela variável independente incluída no modelo: o factor Impacto social e político. O coeficiente de determinação ajustado é de 39,7%.

**Tabela n.º 18.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para as Hipóteses 3 e 4 em conjunto**

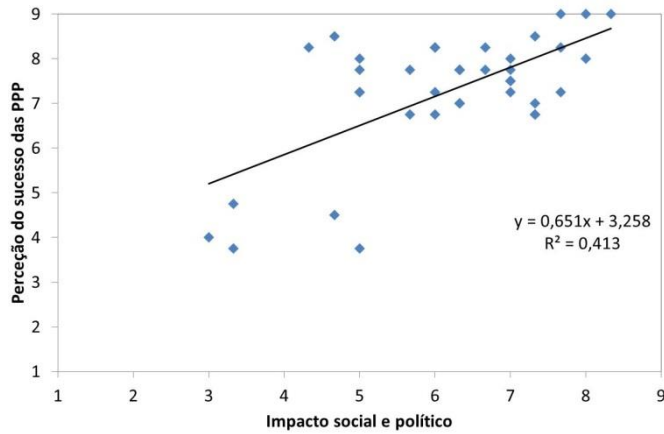
	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	3,258		4,049	0,000
Impacto social e político	,651	,643	5,101	** 0,000

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

t – Estatística do teste t de Student. p -Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Portanto, um aumento no factor Impacto social e político provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, em que  $b=0,651$  e  $p<0,001$ .

**Gráfico n.º 8: Hipóteses 3 e 4 em conjunto – Relação entre o factor Impacto social e político e a Percepção do sucesso das PPP**



De seguida, será desenvolvido um modelo que integra como variáveis independentes todos os itens que foram utilizados para a construção do factor Impacto social e político, por forma a verificar a contribuição de cada um deles para a relação com a VD e também a analisar as hipóteses 3 e 4 separadamente.

**Tabela n.º 18.2 – Qualidade de ajuste do modelo para as Hipóteses 3 e 4 (itens individuais): Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,695	,483	,439

O coeficiente de determinação indica que 48,3% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo (questões 7, 8 e 9). O coeficiente de determinação ajustado é de 43,9%.

**Tabela n.º 18.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para as Hipóteses 3 e 4 (itens individuais)**

	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	2,977		3,590	,001
7) Equidade social	,202	,269	2,133	* 0,040
8) Suporte político.	,099	,159	1,267	0,213
9) Suporte social	,380	,527	4,186	** 0,000

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

t – Estatística do teste t de Student. p -Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Os itens “7) Equidade social” e “9) Suporte social” estão correlacionados de forma estatisticamente significativa – e positiva – com a VD. Um aumento nestes itens provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, para a “7) Equidade social”:  $b=0,202$  e  $p=0,040$  e para o “9) Suporte social”:  $b=0,380$  e  $p<0,001$ . O item “8) Suporte político” ( $p=0,213$ ) não provoca uma variação significativa da VD “Percepção do sucesso das PPP”.

Portanto, podemos concluir que se verificam as Hipóteses 3 e 4 (conjuntas): “O Impacto social e político é determinante para o sucesso da PPP”, globalmente para o factor Impacto social e político.

Como se verifica uma relação significativa para os itens “7) Equidade social” e “9) Suporte social”, que estão ligados à componente social, ou seja, à hipótese 3, podemos concluir que se verifica a Hipótese 3: “A conformidade das expectativas da população em geral e dos lobbies (i.e. grupos de interesse) sociais face ao serviço de saúde prestado pelas PPP é determinante para o Sucesso da PPP”.

Uma vez que não se verifica uma relação significativa para o item “8) Suporte político”, que está ligado à componente política, ou seja, à hipótese 4, podemos concluir que não se verifica a Hipótese 4: “O apoio dos lobbies (i.e. grupos de interesse) políticos face ao serviço de Saúde prestado pelas PPP é determinante para o sucesso da PPP”.

#### **6.4.4 Expertise: Hipóteses 5 e 6 (conjuntas): “A Expertise é determinante para o sucesso da PPP”**

Apresentam-se os resultados do modelo de regressão linear simples que utiliza como variável dependente (VD) a Percepção do sucesso das PPP e integra apenas a variável independente referida na hipótese: factor Expertise.

**Tabela n.º 19 – Qualidade de ajuste do modelo para as Hipóteses 5 e 6 em conjunto: Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,811	,658	,649

O coeficiente de determinação indica que 65,8% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pela variável independente incluída no modelo: o factor *Expertise*. O coeficiente de determinação ajustado é de 64,9%.

**Tabela n.º 19.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para as Hipóteses 5 e 6 em conjunto**

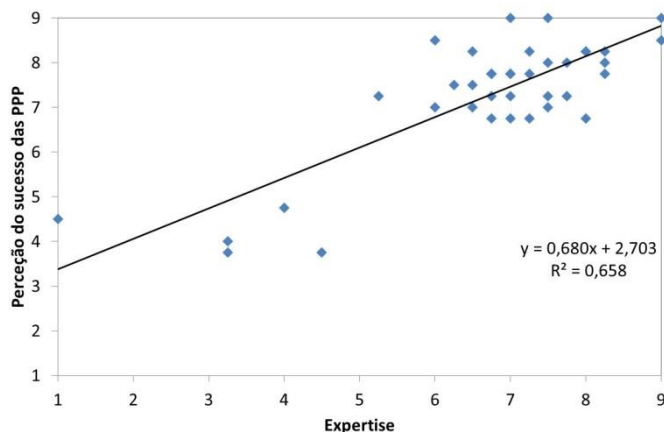
	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	2,703		4,857	0,000
Expertise	,680	,811	8,437	** 0,000

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

t – Estatística do teste t de Student. p -Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Portanto, um aumento no factor *Expertise* provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, em que  $b=0,680$  e  $p<0,001$ .

**Gráfico n.º 9: Hipóteses 5 e 6 em conjunto – Relação entre o factor *Expertise* e a Percepção do sucesso das PPP**



De seguida, será desenvolvido um modelo que integra como variáveis independentes todos os itens que foram utilizados para a construção do factor *Expertise*, por forma a verificar a contribuição de cada um deles para a relação com a VD e também a analisar as hipóteses 5 e 6 separadamente.



**Tabela n.º 19.2 – Qualidade de ajuste do modelo para as Hipóteses 5 e 6 (itens individuais): Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,819	,670	,632

O coeficiente de determinação indica que 67,0% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo (questões 10, 11 e 12). O coeficiente de determinação ajustado é de 63,2%.

**Tabela n.º 19.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para as Hipóteses 5 e 6 (itens individuais)**

	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	2,916		4,755	,000
10) Valor acrescentado aportado pela experiência e pelo conhecimento do parceiro privado	,008	,010	,051	0,959
11) Inovação aportada pela experiência e pelo conhecimento do parceiro privado	,331	,487	2,183	* 0,036
12) Capacidades/competências de acompanhamento do parceiro público	,141	,237	1,932	* 0,062
13) Dependência do parceiro público face à consultoria externa	,169	,292	2,435	* 0,020

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

\* significativa para  $p < 0,07$

t – Estatística do teste t de Student. p -Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Os itens “11) Inovação aportada pela experiência e pelo conhecimento do parceiro privado”, “12) Capacidades/competências de acompanhamento do parceiro público” e “13) Dependência do parceiro público face à consultoria externa” estão correlacionados de forma estatisticamente significativa, e positiva, com a VD, um aumento nestes itens provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, para a “11) Inovação aportada pela experiência e pelo conhecimento do parceiro privado”,:  $b=0,331$  e  $p=0,036$ , para a “12) Capacidades/competências de acompanhamento do parceiro público”:  $b=0,141$  e  $p=0,062$  e para a “13) Dependência do parceiro público face à consultoria externa”:  $b=0,169$  e  $p=0,020$ . O item “10) Valor acrescentado aportado pela experiência e pelo conhecimento do parceiro privado” ( $p=0,959$ ) não provoca uma variação significativa da VD “Percepção do sucesso das PPP”.

Portanto, podemos concluir que se verificam as Hipóteses 5 e 6 (conjuntas): “A *Expertise* é determinante para o sucesso da PPP”, globalmente para o factor *Expertise*.

Uma vez que se verifica uma relação significativa para o item “11) Inovação aportada pela experiência e pelo conhecimento do parceiro privado”, mas não para o item “10) Valor

acrescentado aportado pela experiência e pelo conhecimento do parceiro privado”, itens que estão ligados aos ganhos, aportados pelo parceiro privado, ao nível da *Expertise*, ou seja, à hipótese 5, podemos concluir que se verifica parcialmente a Hipótese 5: “Os ganhos, aportados pelo parceiro privado, ao nível da *Expertise* (i.e., do *know-how* e da inovação), são determinantes para o sucesso da PPP”.

Como se verifica uma relação significativa para os itens “12) Capacidades/competências de acompanhamento do parceiro público” e “13) Dependência do parceiro público face à consultoria externa”, que estão ligados às adequadas capacidades de implementação, fiscalização e acompanhamento da PPP pelo parceiro público, ou seja, à hipótese 6, podemos concluir que se verifica a Hipótese 6: “Adequadas capacidades de implementação, fiscalização e acompanhamento da PPP, do parceiro público, são determinantes para o sucesso da PPP”.

#### **6.4.5 Colaboração: Hipótese 7: “A relação estabelecida entre parceiros traduz uma relação de colaboração efectiva (i.e. relação de cooperação, com base numa confiança recíproca) determinante para o sucesso da PPP”**

Apresentam-se os resultados do modelo de regressão linear simples que utiliza como variável dependente (VD) a Percepção do sucesso das PPP e integra apenas a variável independente referida na hipótese: factor Colaboração.

**Tabela n.º 20 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 7: Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,360	,130	,106

O coeficiente de determinação indica que 13,0% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pela variável independente incluída no modelo: o factor Colaboração. O coeficiente de determinação ajustado é de 10,6%.

**Tabela n.º 20.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para a Hipótese 7**

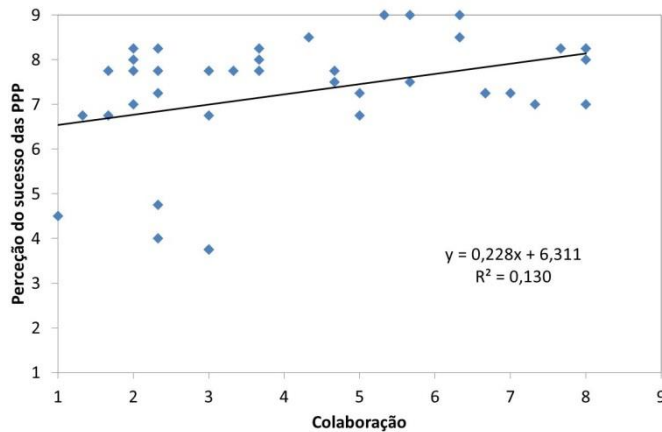
	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	6,311		13,793	,000
Colaboração	,228	,360	2,348	* 0,024

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

t – Estatística do teste t de Student. p – Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Portanto, um aumento no factor Colaboração provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, em que  $b=0,228$  e  $p=0,024$ .

**Gráfico n.º 10: Hipótese 7 – Relação entre o factor Colaboração e a Percepção do sucesso das PPP**



De seguida, será desenvolvido um modelo que integra como variáveis independentes todos os itens que foram utilizados para a construção do factor Colaboração, por forma a verificar a contribuição de cada um deles para a relação com a VD.

**Tabela n.º 20.2 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 7 (itens individuais): Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,415	,172	,101

O coeficiente de determinação indica que 17,2% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo (questões 14, 15 e 16). O coeficiente de determinação ajustado é de 10,1%.

**Tabela n.º 20.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para a Hipótese 7 (itens individuais)**

	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	6,287		13,60	,000
14) Relação de confiança	,027	,044	,100	0,921
15) Clima de cooperação	-,050	-,079	-,192	0,849
16) Influência da forma de colaboração	,225	,437	1,877	* 0,069

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

\* significativa para  $p < 0,07$

t – Estatística do teste t de Student. p -Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Apenas o item “16) Influência da forma de colaboração” está correlacionado de forma estatisticamente significativa – e positiva – com a VD. Um aumento neste item provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, para a “16) Influência da forma de colaboração”:  $b=0,225$  e  $p=0,069$ . Os itens “14) Relação de confiança” ( $p=0,921$ ) e “15) Clima de cooperação” ( $p=0,849$ ) não provocam uma variação significativa da VD “Percepção do sucesso das PPP”.

Portanto, podemos concluir que se verifica a Hipótese 7: “A relação estabelecida entre parceiros, traduz uma relação de colaboração efectiva (i.e. relação de cooperação, com base numa confiança recíproca) determinante para o sucesso da PPP”, globalmente para o factor Colaboração e individualmente para o item “16) Influência da forma de colaboração”, mas não para os itens “14) Relação de confiança” e “15) Clima de cooperação”.

#### **6.4.6 Performance: Hipótese 8: “Os ganhos em economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço prestado verificados são determinantes para o sucesso da PPP”**

Apresentam-se os resultados do modelo de regressão linear simples que utiliza como variável dependente (VD) a Percepção do sucesso das PPP e integra apenas a variável independente referida na hipótese: factor Performance.

#### **Tabela n.º 21 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 8: Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,633	,400	,384

O coeficiente de determinação indica que 40,0% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pela variável independente incluída no modelo: o factor Performance. O coeficiente de determinação ajustado é de 38,4%.

#### **Tabela n.º 21.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para a Hipótese 8**

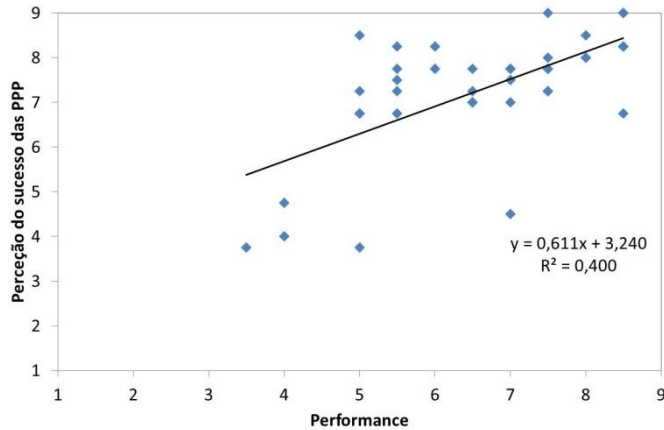
	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	3,240		3,909	0,000
Performance	,611	,633	4,970	** 0,000

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

t – Estatística do teste t de Student. p -Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Portanto, um aumento no factor Performance provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”, em que  $b=0,611$  e  $p<0,001$ .

**Gráfico n.º 11: Hipótese 8 – Relação entre o factor Performance e a Percepção do sucesso das PPP**



De seguida, será desenvolvido um modelo que integra como variáveis independentes ambos os itens que foram utilizados para a construção do factor Performance, por forma a verificar a contribuição de cada um deles para a relação com a VD.

**Tabela n.º 21.2 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 8 (itens individuais): Coeficientes de determinação**

R	R <sup>2</sup>	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
,768	,589	,566

O coeficiente de determinação indica que 58,9% da variação que ocorre na variável dependente factor “Percepção do sucesso das PPP” é explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo (questões 17 e 18). O coeficiente de determinação ajustado é de 56,6%.

**Tabela n.º 21.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para a Hipótese 8 (itens individuais)**

	bi	s(bi)	t	p
(Constant)	1,649		2,066	,046
17) Gestão da actividade em termos de economia, eficiência, eficácia	,631	,709	6,627	** 0,000
18) Qualidade e o sistema de incentivos	,151	,251	2,345	* 0,025

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável.

t – Estatística do teste t de Student. p – Valor de prova (nível de significância do teste t de Student)

Ambos os itens “17) Gestão da actividade em termos de economia, eficiência, eficácia” e “18) Qualidade e o sistema de incentivos” estão correlacionados de forma estatisticamente significativa – e positiva – com a VD. Um aumento nestes itens provoca um aumento significativo no factor dependente “Percepção do sucesso das PPP”. Para a “17) Gestão da actividade em termos de economia, eficiência, eficácia”:  $b=0,631$  e  $p<0,001$  e para a “18) Qualidade e o sistema de incentivos”:  $b=0,151$  e  $p=0,025$ .

Portanto, podemos concluir que se verifica a Hipótese 8: “Os ganhos em economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço prestado verificados, são determinantes para o sucesso da PPP”, globalmente para o factor Performance e individualmente para os itens “17) Gestão da actividade em termos de economia, eficiência, eficácia” e “18) Qualidade e o sistema de incentivos”.

#### 6.4.7 – Resumo

Tabela n.º 22 –Resumo

Hipótese	itens	bi	p	Decisão
<b>Risco:</b>				
Hipótese 1: “A adequada identificação e distribuição dos riscos entre parceiro público e privado, é determinante para o sucesso da PPP”		- 0,442	** 0,000	Aceitar
<b>Custo-benefício:</b>				
Hipótese 2: “Os encargos crescentes associados às PPP, designadamente com a monitorização dos contratos, compensam os ganhos de VfM inicialmente considerados e tidos como determinantes para o sucesso da PPP”		0,530	** 0,000	Aceitar
<b>Impacto social e político:</b>				
Hipótese 3: “A conformidade das expectativas da população em geral e dos lobbys (i.e grupos de interesse) sociais face ao serviço de saúde prestado pelas PPP, é determinante para o Sucesso da PPP”.	Item 7	0,202	* 0,040	Aceitar
	Item 9	0,380	** 0,000	
Hipótese 4: “O apoio dos lobbys (i.e grupos de interesse) políticos face ao serviço de saúde prestado pelas PPP, é determinante para o sucesso da PPP”	Item 8	0,099	** 0,213	Não aceitar
<b>Expertise:</b>				
Hipótese 5: “Os ganhos, aportados pelo parceiro privado, ao nível da expertise (i.e. do Know-how e da inovação), são determinantes para o sucesso da PPP”	Item 10	0,008	0,959	Aceitar parcialmente
	Item 11	0,331	** 0,036	
Hipótese 6: “Adequadas capacidades de implementação, fiscalização e acompanhamento da PPP, do parceiro público, são determinantes para o sucesso da PPP”	Item 12	0,141	* 0,048	Aceitar
	Item 13	0,169	** 0,020	
<b>Colaboração:</b>				
Hipótese 7: “A relação estabelecida entre parceiros, traduz uma relação de colaboração efectiva (i.e. relação de cooperação, com base numa confiança recíproca) determinante para o sucesso da PPP”		0,228	** 0,024	Aceitar
<b>Performance:</b>				
Hipótese 8: “Os ganhos em economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço prestado verificados, são determinantes para o sucesso da PPP”.		0,611	** 0,000	Aceitar

## 6.5 Análise ao Conteúdo

Importa agora compreender que outras dimensões poderão ser integradas no modelo referente ao fenómeno em apreço. Desta forma, o questionário continha no final duas questões abertas, as questões 23 e 24, a saber: “23) Considerando as questões colocadas anteriormente, entende que existem outros critérios a incluir numa avaliação genérica das PPP em análise, enquanto instrumentos de gestão pública” e “24) Tem algum comentário final que gostasse de incluir?”, permitindo aos inquiridos sugerir de forma espontânea outras dimensões relevantes para o fenómeno em estudo. Verificou-se que responderam 8 e 7 dos elementos, respectivamente.

Neste âmbito, quando questionados sobre outros factores a incluir na avaliação das PPP enquanto instrumentos de nova gestão – Pergunta 23 –, os especialistas inquiridos referem, na sua maioria, a necessidade de se efectuar uma comparação efectiva, isto é, com base nos mesmos parâmetros de desempenho e critérios, entre hospitais do sector público (i. e., Entidades Públicas Empresariais, adiante abreviadamente EPE ou hospitais pertencentes ao Sector Público Administrativo, adiante abreviadamente designados SPA) e hospitais em regime de PPP. Outro factor cuja aferição nos pareceu particularmente relevante é a análise dos principais indicadores de saúde no início e no final do contrato de parceria. Com efeito ao Estado importa, em última instância, que se operem melhorias em termos de saúde pública, numa perspectiva macro. A este nível foi também feita referência à transparência na divulgação das responsabilidades totais assumidas pelo sector público com os contratos de gestão dos hospitais em regime de PPP e respectivos critérios de imputação défice orçamental/dívida pública. No rol de factores sugeridos, encontra-se também a comparação entre os vários indicadores de performance dos hospitais substituídos e dos hospitais de substituição.

Pela relevância e substância de conteúdo das respostas à Pergunta 23, apresentamos no Anexo 5, a sua categorização por factor de análise.

Em seguida, versamos os comentários finais dos especialistas sobre as PPP na Saúde em Portugal, feitos em resposta à Pergunta 24, ordenando-os depois, em torno de cada dimensão teórica de análise, conforme se apresenta no Quadro n.º 10.

A título preliminar, em resultado de uma apreciação geral, é de notar que, apesar do curto registo histórico, existe, por parte destes inquiridos, uma percepção positiva relativamente às PPP.

Os respondentes assinalaram como pontos fortes/aspectos positivos os relativos ao custo-benefício e à performance, afirmando que: i) por esta via o Estado consegue uma boa aplicação do dinheiro, e que, ii) numa lógica comparativa com o sector público, os encargos com a monitorização das PPP apenas são superiores porque o acompanhamento efectuado nos restantes hospitais públicos é, em regra, insuficiente, acrescentando, iii) que se afigura essencial uma análise aos Hospitais que não são PPP de forma a perceber quais os custos destes para o erário público, quer na fase de construção (onde os custos mais dificilmente são controlados) quer na fase de operação (onde o Estado normalmente não tem uma gestão tão eficiente como o privado), devendo para o efeito serem contabilizados os custos com a infra-estrutura e os custos anuais com a operação.

Na óptica dos mesmo inquiridos, os pontos fracos/aspectos negativos desta experiência são: i) falhas de apreciação técnica inicial relativa ao computo dos encargos totais, isto é, face à aferição do custo-benefício inicialmente previsto para estes projectos, ii) a pouca internalização do *know-how*, por parte do parceiro público, com vista a uma menor dependência da consultoria externa, no que respeita à *expertise* do sector público, iii) o contágio prejudicial para a gestão regular da organização promovido por um sistema de incentivos assente, meramente, na aplicação de penalidades e multas – situação que influencia negativamente a forma de colaboração entre as partes envolvidas.

Adicionalmente, de acordo com os comentários finais ao questionário, merece ainda referência a alusão feita a preconceitos ideológicos fortemente contrários às PPP, situação que poderia ser desmistificada mediante a existência de estudos efectuados em torno das parcerias.

Conforme dispõe um dos inquiridos, em termos gerais, o modelo PPP é vantajoso para o Estado, sendo, no entanto, crucial a simplificação do modelo de acompanhamento, de modo a acautelar o grau de exigência devido, motivar o desempenho do operador privado e reduzir os custos da EPC com a monitorização. Para uma análise em maior detalhe veja-se o Quadro n.º 10 abaixo ilustrado.



Quadro n.º 10 - Comentários finais dos inquiridos.

Dimensões de análise	Respostas à Pergunta 24 - Tem algum comentário final que gostasse de incluir?
Custo-benefício	Em termos da relação custo-benefício, noto que os encargos globais que estão associados às PPP, podem não ter sido acautelados na apreciação técnica inicial, não obstante considero que por esta via o Estado consegue uma boa aplicação do dinheiro.
Custo-benefício	Adicionalmente, a este respeito, noto que os encargos com a monitorização dos serviços prestados por hospitais em regime de PPP só seriam significativamente mais reduzidos porque o acompanhamento/fiscalização do sector público de saúde é insuficiente.
Impacto social e político	No que respeita ao impacto político e social, importa referir que a inexistência de avaliações/estudos específicos sobre os PPP da saúde, não contribui para o rigor da discussão pública em torno destas PPP.
Expertise	Relativamente à questão da expertise, é de salientar que a diminuição dos custos de transacção deve passar pela internalização do know-how associado a estes projectos e uma menor dependência da consultoria.
Performance	Quanto à performance, é de notar que o sistema assenta na atribuição de multas e penalidades, situação que traduz o tipo de relacionamento defensivo existente entre as partes.
Performance	Na questão 18, a questão devia ser colocada ao contrário: sistema de incentivos é nulo, existe sim um sistema de penalidades - que contagia negativamente a gestão regular da organização - na melhor das hipóteses penalidade é zero; e como o potencial / probabilidade de penalidade é elevada, a gestão dos critérios contratuais que levam à penalidade torna-se tema central na gestão do dia-a-dia. Aspecto bastante negativo que em nada contribui para uma relação harmoniosa de parceria entre entidade privada e Estado.
Performance	Deverá ser efectuada uma análise aos Hospitais que não são PPPs de forma a perceber-se os custos destes para o erário publico, quer na fase de construção (onde os custos mais dificilmente são controlados, dado que não existem EPC) quer na fase de operação (onde o estado normalmente não tem uma gestão tão eficiente como o privado), devendo para o efeito serem contabilizados os custos com a infraestrutura e os custos anuais com a operação.
Impacto político e social	existem preconceitos ideológicos fortemente contrários às PPPs
Avaliação global	Em termos gerais o modelo PPP é vantajoso para o Estado sendo, no entanto, crucial a simplificação do modelo de acompanhamento e monitorização que, sem implicar diminuição do grau de exigência, motive o desempenho do operador privado e reduza os custos da monitorização pela EPC Seria muito importante alargar a realização de acções de Benchmarking com o remanescentes hospitais do SNS

Fonte: Questionário "As PPP na Saúde em Portugal" (2014).

## VII. Conclusões

Com efeito, ao longo do texto abordámos, os aspectos mais relevantes das PPP em geral, e das PPP na Saúde em Portugal, de forma particular. Primeiramente, em termos teóricos, e posteriormente de acordo com aquela que acreditamos ser a aplicação concreta deste instrumento de NGP à realidade portuguesa. Neste sentido, apresentamos de seguida as conclusões obtidas mediante a análise documental efectuada e a análise dos resultados do questionário.

Lançada em 2001, a primeira vaga do programa de PPP na Saúde em Portugal levou a cabo, entre outros, a implementação de quatro projectos de âmbito hospitalar: os hospitais de Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira. A par da redução dos graves défices financeiros que Portugal enfrentava à data, esta iniciativa tinha em vista o desenvolvimento de uma abordagem inovadora de gestão pública que visava a realização de infra-estruturas e a prestação de serviços públicos numa lógica de optimização das performances dos sectores público e privado (Simões, 2004, p. 79), tendo sido adoptado um modelo reconhecidamente inovador para o sector da Saúde no que respeita à forma de associação dos serviços de infra-estruturas com a gestão dos serviços clínicos. Assim, relativamente à implementação e execução das PPP na Saúde em Portugal enquanto instrumentos de NGP, importa destacar os seguintes aspectos<sup>84</sup>.

A iniciativa ficou marcada pelo facto de ter avançado mesmo antes de ter sido desenvolvido um enquadramento legal e orçamental específico, evidenciando a convicção, por parte dos sucessivos governos, de que as PPP apresentavam vantagens significativas que acabariam por compensar o seu maior custo financeiro face ao custo de endividamento directo do Estado (TC, 2008, p. 9). Esta situação teve incontornáveis reflexos na implementação das PPP em Portugal, cujo processo se subdividiu em duas fases: lançamento e execução (acompanhamento dos contratos de gestão).

No que respeita ao processo de lançamento, é de notar a grande morosidade e a necessidade de consecutivos ajustamentos ao longo de todo o procedimento concursal. Constatou-se, em termos gerais, uma adequada distribuição do risco entre os parceiros público e privado, na senda do preconizado pela literatura internacional da especialidade e uma fraca capacidade técnica do parceiro público para realizar o acompanhamento da parceria, que se traduziu (e, aparentemente, se traduz ainda) numa considerável dependência face à consultoria externa.

---

<sup>84</sup> Por questões de simplificação da apresentação das conclusões procurámos ter como fio condutor a ordem de análise seguida no corpo do presente trabalho. Não obstante, a fundamentação de alguns argumentos finais, adiante apresentados, verse de forma integrada os diferentes tipos de análise – documental, estatística e de conteúdo.

Ainda na fase de lançamento, o modelo de negociação final adoptado tornou evidente a importância de um clima institucional de confiança entre as partes e a necessidade de delimitação clara das expectativas dos parceiros, dada a impossibilidade previsional dos contratos – dado que estes visam realidades tão imprevisíveis e socialmente sensíveis como a da Saúde –, de modo a evitar ajustamentos, renegociações e futuras litigâncias<sup>85</sup>.

Relativamente à fase de execução dos contratos<sup>86</sup>, em curso actualmente, constatámos que o conjunto de especialistas inquiridos tem uma percepção positiva em relação às PPP hospitalares. Isto permite-nos afirmar que, de um modo geral, na opinião dos profissionais da área, estas parcerias configuram um instrumento de gestão pública bem-sucedido, sendo relevante o facto de este entendimento se afigurar transversal a ambos os sectores. Esta consideração final encerra o objectivo principal deste estudo e dá resposta à pergunta de partida que orientou a investigação. Com efeito, os inquiridos consideram que o modelo de PPP hospitalares em análise, é adequado e pode ser replicado a outros hospitais e entendem que este instrumento de gestão pública pode ser também replicado noutros países. Ademais, percebem as parcerias referidas como sendo vantajosas para ambas as partes, situação que evidencia o sucesso do modelo, já que, de acordo com a literatura da especialidade, as PPP só poderão ser efectivamente bem-sucedidas caso configurem uma “*win-win situation*” (ou seja, uma situação benéfica para todos os parceiros envolvidos).

Esta percepção é também confirmada pela análise estatística descritiva, sendo de destacar que, na opinião dos inquiridos, em termos médios, o maior ganho se materializa sob o ponto de vista do benefício público (mais do que na óptica do parceiro privado). O indicador relativo ao benefício público aportado pelas PPP obteve, em média, a mais alta concordância dos inquiridos. Na posição contrária, em destaque e quase em paralelo, surgem os indicadores estatísticos relacionados com a dimensão teórica da colaboração, concretamente, o clima de cooperação e a forma de relacionamento entre parceiros. A este nível merece nota o facto de a colaboração entre parceiros constituir o único aspecto menos positivo associado a estas parcerias, sendo esta percepção partilhada por ambos os parceiros e consonante com observações feitas pelo próprio Tribunal de Contas, conforme anteriormente referido. A falta de confiança entre as partes produz comportamentos defensivos e de pendor legalista, impedindo uma cooperação plena e efectiva e tornando o contrato de gestão o verdadeiro motor da parceria, o que, em termos teóricos, afasta estas PPP do conceito de parceria propriamente

---

<sup>85</sup> A negociação deferida da produção contratada e respectivos encargos financeiros associados aos utentes portadores do vírus HIV, é exemplo disso.

<sup>86</sup> Estas considerações finais foram essencialmente baseadas nos resultados do questionário, dada a falta de investigações, estudos, pareceres e relatórios produzidos sobre a matéria em causa.

dito, aproximando-as da figura da concessão, instrumento mediante o qual o envolvimento/cooperação entre as partes assume um carácter residual, cingindo-se a interacção a um mero cumprimento das obrigações contratuais que as vinculam.

Adicionalmente, de acordo com o modelo correlacional testado – o qual considera a relação da VD com as variáveis independentes, criadas a partir dos itens individualmente considerados –, é de notar que os factores risco, custo-benefício, colaboração e performance se afiguram globalmente determinantes para o sucesso das PPP. O mesmo é aplicável às hipóteses que lhes estão subjacentes, ainda que, como detalhadamente ilustrado no Ponto 6.4.7, tal não fosse extensível a todos os indicadores das referidas hipóteses. Em traços gerais, observa-se uma correcta identificação e partilha do risco (Hipótese 1), havendo por parte do sector público capacidade residual para fazer face à contingência de resolução dos contratos de gestão. Reconhece-se que as PPP representam uma vantajosa aplicação do dinheiro (Hipótese 2), considerando o ciclo de vida dos activos. A forma de colaboração de uma parceria é considerada pelos inquiridos determinante para o sucesso das PPP (Hipótese 7), embora o mesmo não se possa afirmar em relação ao clima e à cooperação efectiva entre parceiros. No que respeita ao desempenho das PPP, apesar dos vários comentários efectuados ao sistema de incentivos referidos no capítulo anterior, os ganhos de economia, eficácia, eficiência e qualidade do serviço prestado apresentam-se como sendo muito determinantes para o sucesso destas parcerias (Hipótese 8).

Por sua vez, nos termos do modelo correlacional testado, cumpre referir que os factores impacto social e político e *expertise*<sup>87</sup>, ambos com duas hipóteses subjacentes, não partilham da mesma consensualidade de resultados. No que respeita ao impacto social e político, constata-se que existe conformidade entre o serviço de saúde prestado pelas parcerias e as expectativas da população em geral e dos lobbies sociais (Hipótese 3). Todavia, a existência de suporte político destes instrumentos (Hipótese 4), na opinião dos inquiridos, não se afigura determinante – esta hipótese é assim infirmada. No que respeita ao factor *expertise*, ainda que possamos afirmar que se verificam ambas as hipóteses, notamos que os ganhos de valor acrescentado obtidos com base na experiência e no conhecimento do parceiro privado não são considerados determinantes – o que acontece apenas relativamente à inovação trazida por este parceiro. Assim, a hipótese colocada afigura-se apenas parcialmente validada (Hipótese 5). Ainda ao nível do factor *expertise*, as capacidades de acompanhamento do parceiro público parecem ser reconhecidas como determinantes, não obstante seja manifesta a dependência deste parceiro perante a consultoria externa (Hipótese 6).

---

<sup>87</sup> Numa abordagem purista, poderíamos simplesmente afirmar que estes dois factores propostos com base nas dimensões de Forrer *et al.*, não se verificam no modelo testado, mas vejamos a explicação supra.

Com efeito, ainda que os resultados estatísticos não nos permitam validar integralmente todos<sup>88</sup> os factores sugeridos por Forrer *et al.* – e por nós utilizados enquanto dimensões determinantes do sucesso das PPP –, parece evidente que a execução das PPP decorre sem sobressaltos e estas são percebidas como um instrumento de gestão pública bem sucedido.

Tendo atingido os objectivos inicialmente propostos, este estudo pretende dotar a discussão sobre as PPP na Saúde em Portugal de um acréscimo válido para um melhor e maior conhecimento de um tema pouco analisado apesar da sua inegável relevância social e económica. Na convicção de que a certeza que procuramos é obra de um tempo que ainda não chegou, esperamos ter dado algum contributo para que se perceba se compensa ao Estado português socorrer-se deste tipo de instrumentos para prover um serviço público com as especificidades que envolvem o serviço de Saúde.

### **Limitações e pistas para projectos de investigação futura**

Apresentadas as conclusões do trabalho propriamente ditas, versamos sobre dois aspectos de âmbito conclusivo que moldaram a configuração da presente investigação – as limitações identificadas na pesquisa exploratória e as pistas para a realização de futuros trabalhos de investigação.

Conforme referimos anteriormente, os quatro hospitais em regime de PPP encontram-se ainda numa fase inicial de execução. Assim, qualquer aferição em termos de performance poderia não se revelar adequada, uma vez que estes projectos não atingiram ainda a sua velocidade cruzada. Veja-se, a título de exemplo, que o Hospital de Vila Franca de Xira apenas operou a transferência para o novo edifício hospitalar no final de Março de 2013.

Cumprido notar que na fase exploratória deste trabalho nos debruçámos sobre duas das quatro dimensões de análise sugeridas pelos inquiridos, conforme referido, a saber: comparação de performance entre hospitais públicos (E.P.E. ou S.P.A.) e hospitais em regime de PPP e comparação da performance destes últimos com os hospitais de substituição respectivos (no caso o Hospital de Cascais, o Hospital de Braga e o Hospital de Vila Franca de Xira, já que o Hospital de Loures configura um novo hospital, criado de raiz em regime de PPP).

---

<sup>88</sup> Excepcionamos os factores: Impacto social e político e a *Expertise*.

No que respeita a comparação com os hospitais E.P.E., concluímos que os critérios e parâmetros de desempenho aplicáveis nos diferentes hospitais apenas coincidem em algumas matérias de âmbito clínico, como se evidencia no *benchmarking* levado a cabo pela ACSS e publicado em Maio de 2013<sup>89</sup>, no qual as entidades são comparadas em quatro dimensões: i) acesso; ii) qualidade; iii) produtividade; iv) economia. A este nível, os hospitais foram avaliados em cinco grupos homogéneos determinados com recurso à metodologia de *clustering* hierárquico, permitindo uma comparação interpares. Não sendo perfeito, este instrumento procurou possibilitar a comparação entre instituições similares, admitindo *ab initio* a possibilidade de existirem instituições fronteira (i.e. entre grupos) que podem ser marginalmente penalizadas pelo exercício de *benchmarking*. Não obstante, acreditamos que o facto de vários inquiridos referirem esta comparação como um imperativo se prende com a circunstância de os ditos relatórios apresentarem alguma falta de consistência na comparação entre entidades hospitalares e denotarem fragilidades ao nível de indicadores de qualidade clínica que assegurem uma efectiva comparabilidade e fiabilidade dos dados. Não obstante, cumpre notar que apesar da parca comparabilidade, dada a reconhecida inconsistência dos dados submetidos à contrastação, os hospitais PPP surgem bastante bem posicionados<sup>90</sup>. A este cenário acresce a existência de diversos indicadores de gestão que são monitorizáveis nas PPP mas que não são acompanhados nos restantes hospitais públicos, o que não permite uma comparação rigorosa.

É ainda de referir que os hospitais substituídos pelas PPP não possuíam também estes indicadores. Diga-se que nos últimos anos se denota por parte do Ministério da Saúde<sup>91</sup> um esforço de monitorização de que estes hospitais não foram alvo, motivo pelo qual qualquer comparação seria inviável, mesmo que fosse ajustada e ponderada pelas alterações entretanto ocorridas nos hospitais substituídos.

Por tudo o exposto, acreditamos que não existem de facto condições para que se possa ter um entendimento fiável a este nível, o que explica que não tivéssemos acrescentado este factor de análise comparativa da performance à aferição das PPP enquanto instrumentos de gestão pública. Desta forma, mantivemo-nos fiéis aos factores indicados por Forrer *et al.*, adaptando-os à realidade portuguesa, no que respeita às questões e hipóteses formuladas, mediante a análise dos quatro contratos de gestão das PPP hospitalares.

---

<sup>89</sup> O referido processo de *benchmarking* entre os hospitais do Sector Empresarial do Estado e hospitais em regime de Parceria Público-Privada do SNS teve como objectivo fundamental melhorar a qualidade e acesso do serviço prestado aos utentes e, simultaneamente, identificar aspectos particularmente relevantes em termos de melhoria do desempenho económico-financeiro das instituições.

<sup>90</sup> Veja-se Relatório de Benchmarking | hospitais EPE e PPP – dados a 31 de Dezembro de 2012, ACSS, 2013.

<sup>91</sup> “Desenvolver mecanismos que promovam o *benchmarking* (...)”, Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde, DGS, 2012, p. p.16.

Não obstante, acreditamos que tanto a transparência na divulgação das responsabilidades totais para o sector público com os contratos de gestão dos hospitais em regime de PPP e respectivos critérios de imputação défice orçamental/dívida pública, como a análise dos principais indicadores de saúde no início e no final do contrato, são critérios a considerar num próximo estudo. Sobre estas dimensões, importa referir, quanto ao primeiro aspecto, que as auditorias levadas a cabo pelo Tribunal de Contas procuram dar a conhecer as responsabilidades resultantes destes contratos de gestão (veja-se a este respeito o último relatório do TC<sup>92</sup>), indo ao encontro do princípio da transparência preconizado nos sucessivos diplomas legais que regulam as PPP em Portugal e, bem assim, em consonância com a ideia de *accountability* referida por Forrer *et al.* No que respeita aos efeitos destes hospitais em regime de PPP nos indicadores de saúde pública, à semelhança da sugestão dada por um dos inquiridos, acreditamos que um estudo em torno deste factor deveria ser efectuado numa fase intermédia de avaliação, ou seja, julgamos que seria benéfico aferir o impacto também a meio dos contratos de gestão.

À semelhança das dimensões de avaliação referidas por Forrer *et al.* para efeitos da prestação pública de contas e utilizadas neste estudo para aferição do sucesso das PPP enquanto instrumentos de nova gestão (i.e. risco, custo-benefício, impacto social e político, *expertise*, colaboração, medição da performance), também a comparação entre hospitais do sector público e hospitais geridos em regime de PPP, a questão da responsabilidade/transparência e, bem assim, a comparação destes hospitais por referência aos principais indicadores de saúde pública, podem configurar, por si só, estudos autónomos.

Adicionalmente, conforme tivemos oportunidade de referir no ponto 4.1, julgamos que seria de grande interesse perceber quais as razões que justificaram o abandono do modelo das PPP de 1.<sup>a</sup> Vaga, isto é, com a inclusão dos serviços clínicos, considerando que a referida inversão programática – ocorrida entre o lançamento da 1.<sup>a</sup> Vaga e da 2.<sup>a</sup> Vaga de PPP na Saúde – teve lugar antes de o primeiro modelo ter sido posto em prática.

---

<sup>92</sup> A este respeito veja-se “Encargos do Estado com PPP na Saúde, Relatório n.º 18/2013 - 2.<sup>a</sup> Secção” realizado pelo Tribunal de Contas.

Por último, no que respeita a limitações e oportunidades para trabalhos de investigação futuros, destacamos a possibilidade de melhorar o questionário “As PPP na Saúde em Portugal”, inerente a esta investigação, dado que alguns dos indicadores que integram as dimensões teóricas propostas podem ser aprimorados. Fica o repto lançado.



## Bibliografia

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2013). *Relatório de Benchmarking | hospitais EPE e PPP, dados a 31 de Dezembro de 2012*. Acedido em Julho 6, 2014, em [http://www.utap.pt/Publicacoes\\_oficiais/Relat%C3%B3rio%20de%20benchmarking\\_2012.pdf](http://www.utap.pt/Publicacoes_oficiais/Relat%C3%B3rio%20de%20benchmarking_2012.pdf).
- Adelino, J., Ferreira, R. & Gonçalves, R. (2008). *Avaliação da experiência de gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca (1995-2008)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Allard, G. & Trabant, A. (2008). Public-Private Partnerships In Spain: Lessons And Opportunities. *International Business & Economics Research Journal*, 7, n.º 2.
- Allen & Overy (2010). *Global Guide to Public-Private Partnerships*.
- Amaral, D. (2003). *Curso de direito administrativo – Vol. I*. Coimbra: Almedina.
- Araral, E., Fritzen, S., Howlett, M., Ramesh, M. & Wu, X. (coord.) (2013). *Routledge Handbook of Public Policy*.
- Araújo, J. (2013). Da nova Gestão pública à nova governação pública: pressões emergentes na Administração Pública. In Madureira, C. & Asensio, M. (Ed). *Handbook de Administração Pública* (91 -102) Lisboa: INA Editora.
- Asensio, M. (2008). El debate sobre la sanidade en Portugal: entre lo público y lo privado, la solidaridad y la gestion empresarial. *Revista Panorama Social*, 7.
- Azevedo, M (2009). *As Parcerias Público-Privadas: Instrumento de uma Nova Governação Pública*. Coimbra: Almedina.
- Barr, D. (2007). A research protocol to evaluate the effectiveness of public private partnership as a mean to improve health and welfare systems worldwide. *American Journal of Public Health*, 97, 19-25.
- Barros, P. (2009). *Economia da saúde – Conceitos e comportamentos* (2.<sup>a</sup> Ed).Coimbra: Almedina.
- Barros, P. (2010). As parcerias público-privadas na saúde em Portugal. In Simões, J. (Ed). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso Comentado* (502-590). Coimbra: Almedina.
- Barros, P. & Fernandes, J. (2012). *Um ano depois da Troika na política de Saúde*. Cascais: Príncipeia.
- Bexell, M. & Mörth, U. (2010). *Democracy and Public-Private Partnerships in Global Governance*. England: Palgrave Macmillan.
- Bilhim, J. (2000). *Ciência da administração*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Bovaird, T. (2005). Public Governance: balancing the stakeholderpower in a network society. *International Review of Administratives Sciences*, 71, 217-228. Acedido em Junho 7, 2014, em <http://ras.sagepub.com/content/71/2/217>.
- Bult-Spiering, M., & Dewulf, G. (2006). *Strategic issues in public-private partnerships: An international perspective*. Oxford: Backwell Publishing.
- Buse, k. & Walt, G. (2000). Global public-private partnerships: part I – A new development in health? *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 549-561.
- Campos, A. (1983). *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros técnicos e científicos.
- CCE, (2004). *Livro verde sobre as parcerias público-privadas e o Direito Comunitário em matéria de contratos públicos e concessões*. Acedido em Junho 10, 2013, em [http://europa.eu/legislation\\_summaries/internal\\_market/businesses/public\\_procurement/22012\\_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/businesses/public_procurement/22012_pt.htm).
- Deloitte (2011). *Saúde em análise – Uma visão para o futuro*. Acedido em Março 8, 2013, em [http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt%28pt%29\\_lshc\\_saudeemanalise\\_04022011.pdf](http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt%28pt%29_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf).
- DGS – Direção-geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 - 3.3 Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde*. Acedido em Julho 6, 2014, em <http://pns.dgs.pt/>.
- DGTF – Direcção Geral do Tesouro e das Finanças (2012). *Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório de 2012*.
- Espigares, J. & Torres, E. (n.d.). *Public-private partnership as a new way to deliver healthcare services*. Acedido em Setembro 6, 2013, em <http://www.ugr.es/~montero/XVleep/81.pdf>.
- Fernandes, J. & Barros, P. (2012). *Um ano depois da Troika na política de Saúde*. Cascais: Príncipia Editora.
- Ferreira, A. (2003). *Regulação em Saúde: Definição e ensaio de validação de um modelo aplicável no sistema português*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Fitzpatrick, S. (2006). Asociaciones público-privadas: principales aspectos económicos y directrices básicas. *Colección Documentos de Trabajo, n.º 4*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Forrer, J., Kee, J., Newcomer, K. & Boyer, E. (2010). Public-Private Partnerships and the Public Accountability Question. *Public Administration Review*, 70 (3), 475-484.
- Fourie, F. & Burger, P. (2000). An Economic Analysis and Assessment of Public-Private Partnerships (PPPs). *South African Journal of Economics*, 68 (4), 305-316.
- Goldsmith, S. & Eggers, W. (2004). *Governing by network: The new shape of the public sector*. Washington, DC: Brookings Institution Press.

- Greve, C. & Hodge, G. (Ed.) (2005). *The Challenge of Public-Private Partnerships: Learning from International Experience*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Harfouche, P. (2008). *Hospitais transformados em empresas – Análise do impacto na eficiência: estudo comparativo*. Lisboa: ISCSP.
- HM Treasury (2004). *Value for Money Assessment Guidance*. London.
- Hood, C. (1986). *The Tools of Government*. Chatham, NJ: Chatham House.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69, 3-19.
- Howlett, M. & Ramesh, M. (2003). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems* (2nd Ed). Toronto: Oxford University Press.
- Howlett, M. (2009). Governance modes, policy regimes and operational plans: A multi-level nested model of policy instrument choice and policy design. *Policy Sciences*, 42, 73-89.
- Howlett, M. (2014). Revision for “Improving on Hood’s taxonomy of policy instruments: adding in procedural tools”. Acedido em Junho, 8, 2014, em <http://policy-design.org/wiki/contemporary-conceptions-of-instrument-choice-1/improving-on-hoods-taxonomy-of-policy-instruments-adding-in-procedural-tools/?action=history>.
- Kappeler, A. & Nemoz, M. (2010). *Public-private partnerships in europe – Before and during the recent financial crisis*. Acedido em Outubro 21, 2012, em [http://www.eib.org/epec/resources/efr\\_epec\\_ppp\\_report1.pdf](http://www.eib.org/epec/resources/efr_epec_ppp_report1.pdf).
- Kee, J. & Newcomer, K. (2008). *Transforming Public and Nonprofit Organizations: Stewardship for Leading Change*. McLean, VA: Management Concepts.
- Klijin, E. & Teisman, G. (2005). Public-private partnerships as the management of co-production: strategic and institutional obstacles in a difficult marriage. In Greve, C. & Hodge, G. (Ed). *The Challenge of Public-Private Partnerships: Learning from International Experience* (95-116). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Kraft, M. & Furlong, S. (2007). *Public policy: Politics, analysis, and alternatives* (2nd ed). Washington, DC: CQ Press.
- KPMG (2009). *Bridging the Global Infrastructure Gap: Views from the Executive Suite*. Acedido em Setembro 6, 2013, em <https://www.kpmg.com/dutchcaribbean/en/Documents/Publications/BridgingtheGlobalInfrastructureGap.pdf>.
- KPMG (2010). *Operating healthcare infrastructure - Analysing the evidence*. Acedido em Novembro 21, 2013, em <http://www.kpmg.com/nz/en/issuesandinsights/articlespublications/pages/operating-healthcare-infrastructure.aspx>.
- Linder, S. & Peters, G. (1989). Instruments of Government: Perceptions and Contexts. *Journal of Public Policy*, 4 (3), 35-58.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006) Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Marques, R. & Silva, D. (2008). As Parcerias Público-Privadas em Portugal. Lições e Recomendações. *Revista de Estudos Politécnicos*, 2008. VI, n.º 10, 033-050.
- Marshall, R. (Ed.) (2010). *Cooperation in social and economic life*. Plymouth: AltaMira Press.
- McKee, M., Edwards, N., & Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890-896.
- Mendes, F. (2010), PPP SAÚDE: As mal-amadas. *Observatório Parcerias Público-Privadas*. Acedido em Fevereiro 27, 2014, em <http://www.opppcatolica.org/?p=NewsDetails&MenuId=354>.
- Mistarihi, A., Al Refai, M., Al Qaid, B. & Qeed, M. (2012). Competency Requirements for Managing Public Private Partnerships (PPP): The Case of Infrastructure Projects in Jordan. *International Journal of Business and Management*, 7 (12), 60-73.
- Monteiro, R. (2005). Public-private partnerships: some lessons from Portugal. *EIB Papers*, 10(2), 73-81.
- Moreira, V. & Leitão, M. (1999). Desintervenção do estado, Privatização e regulação de serviços públicos. *Economia e Perspectiva*, II,(3).
- Morgan, D. & Astolfi, R. (2013), Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected? *OECD Health Working Papers*, No. 60, OECD Publishing. New York: Routledge.
- Oliveira, J. (2009). *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. Lisboa: INA Editora.
- Oliveira, J. (2013). Mudança do Estado e mudança da Administração Pública: a história de uma disciplina. In Madureira, C. & Asensio, M. (Ed). *Handbook de Administração Pública* (75-90). Lisboa: INA Editora.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government. How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Osborne, S. (coord.) (2010). *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. New York: Routledge.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS* (5.ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, R. (2009). *Introdução à Análise de Dados com Recurso ao SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pollitt, C. (2003). *The essential public manager*. Maidenhead: Open University.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2009). *Continuity and change in public policy and management*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance and the Neo-weberian State*. Oxford: University Press.

- Pricewatercoopers (2010). *Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs*. Acedido em Agosto 9, 2013, em <http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/build-and-beyond.jhtml>.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4.ª Ed.) Lisboa: Gradiva.
- Raadschelders, J. (2011). The future of the study of public administration: Embedding research object and methodology in epistemology and ontology. *Public Administration Review*, 71, 916-924.
- Rhodes, R. (1996). The new governance: governing without government. *Political Studies*, 44 (4), 652-667. Acedido Fevereiro 6, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14679248.1996.tb01747.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.
- Rhodes, R. (1997). *Understanding Governance*. Buckingham e Philadelphia: Open University Press.
- Richter, J. (2004). Public-Private Partnerships for Health: A Trend with no alternatives? *Society for International Development*, 47 (2), 43-48.
- Rita, P. (2012). *Health PPPs: Rationale & Drivers*. Acedido em Junho 6, 2014, em [http://www.pwc.se/sv\\_SE/se/halso-sjukvard/assets/health-ppps-rationale-and-drivers.pdf](http://www.pwc.se/sv_SE/se/halso-sjukvard/assets/health-ppps-rationale-and-drivers.pdf).
- Robinson, H., Carrilo, P., Anumba, C. & Patel, M. (2010). *Governance & Knowledge Management for Public-Private Partnerships*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Rocha, J. (2009). *Gestão Pública*. Braga: Universidade do Minho.
- Rodrigues, M. (2013). Do conceito de governança a uma conceptualização da governança em rede. In Madureira, C. & Asensio, M. (Ed). *Handbook de Administração Pública* (91 - 102) Lisboa: INA Editora.
- Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3.ª Ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Santos, A., Gonçalves, M. & Marques, M. (2002). *Direito Económico*. Coimbra: Almedina.
- Savas, E. (2000). *Privatization and Public-Private Partnerships*. New York: Chatham House
- Shaoul, J., Stafford, A., & Stapleton, P. (2012). Accountability and corporate governance of public private partnerships. *Critical Perspectives on Accounting*, 23, 213-229.
- Silva, A. (2003). *A evolução da administração pública da Saúde: O papel da contratualização: factores críticos do contexto português*. Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa- Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.
- Silva, P. (2009). *Fundamentos e Modelos nas Parcerias Público-Privadas na Saúde. O estudo dos serviços clínicos*. Coimbra: Almedina.

- Silvestre, H. (2010). *Gestão Pública: Modelos de Prestação no Serviço Público*. Lisboa: Escolar Editora
- Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 79-90.
- Teisman, G. & Klijn, E. (2002). Partnership Arrangements: Governmental Rhetoric or Governance Scheme?. *Public Administration Review*, 62(2), 189–198. Acedido em Fevereiro 27, 2014, em <http://hdl.handle.net/1765/450>.
- Tribunal de Contas (2008). *Linhas de Orientação (Guide Lines) e Procedimentos para o desenvolvimento de Auditorias Externas a PPP*. Acedido em Março 2, 2013, em <http://www.tcontas.pt/pt/actos/manual/LinhasOrientaPPP.pdf>.
- Tribunal Contas. (2009). *Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde – Primeira vaga de Hospitais, n.º 15/2009 AUDIT*. Acedido em Março 2, 2013, em [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2009/audit-dgtc-rel015-2009-2s.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/audit-dgtc-rel015-2009-2s.pdf).
- Tribunal de Contas (2013). *Encargos do Estado com PPP na Saúde, Relatório n.º 18/2013 - 2.ª Secção*. Acedido em Março 4, 2014, em [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2013/2s/audit-dgtc-rel018-2013-2s.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2013/2s/audit-dgtc-rel018-2013-2s.pdf).
- UNECE – United Nations Economic Commission for Europe (2012). *A preliminary reflection on the best practice in PPP in healthcare sector: a review of different PPP case studies and experiences*. Acedido em Julho 18, 2013, em [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector\\_DiscPaper.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf).
- UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos (2014). *Boletim Trimestral PPP – 1.º Trimestre de 2014*. Ministério das Finanças.
- Vrangbaek, K. (2008). Public-Private Partnerships in the health sector: the Danish Experience. *Health Economics, Policy and Law*, 3, 141-163.
- Widdus, R. (2003) Public-private partnerships for health require thoughtful evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(4), 235-235.



**Legislação consultada:**

Portaria n.º 155/2012, de 22 de Maio

Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio

Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto

Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro

Despacho n.º 936/2007, de 21 de setembro

Decreto-lei n.º 141/2006, de 27 de Julho

Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril

Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho

Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril

Despacho Normativo n.º 35/2003, de 20 de Agosto

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto

Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001

Constituição da República Portuguesa, de 2 de Abril de 1976, na redacção dada pela Lei Constitucional n.º1/2005 (7.ª Revisão)

**Outra documentação consultada:**

Hospital de Braga em regime de parceria público-privada - Contrato de Gestão, de 9 de Fevereiro de 2009. Acedido em Julho 18, 2013, em <http://www.utap.pt/Contratos/saude/HBraga.pdf>

Hospital de Cascais em regime de parceria público-privada - Contrato de Gestão, de 22 de Fevereiro de 2008, alterado a 28 de Outubro de 2008. Acedido em Julho 18, 2013, em <http://www.utap.pt/Contratos/saude/HCascais.pdf>

Hospital de Loures em regime de parceria público-privada - Contrato de Gestão, de 31, de Dezembro de 2009. Acedido em Julho 18, 2013, em <http://www.utap.pt/Contratos/saude/HLoures.pdf>

Hospital de Vila Franca de Xira em regime de parceria público-privada - Contrato de Gestão, de 9 de Fevereiro de 2009. Acedido em Julho 18, 2013, em <http://www.utap.pt/Contratos/saude/HVFX.pdf>

## Índice de acrónimos

<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>ARSLVT</b>	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>CRP</b>	Constituição da República Portuguesa
<b>EGED</b>	Entidade Gestora do Edifício
<b>EGEST</b>	Entidade Gestora do Estabelecimento
<b>EPC</b>	Entidade Pública Contratante
<b>EPE</b>	Entidade Pública Empresarial
<b>NGP</b>	Nova Gestão Pública
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>PFI</b>	Project Finance Initiative
<b>PPP</b>	Parceria Público-Privada
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SPA</b>	Sector Público Administrativo
<b>UTAP</b>	Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos
<b>VD</b>	Variável dependente
<b>VI</b>	Variável independente
<b>VFM</b>	Value for Money



## **Índice remissivo de quadros e tabelas, figuras e gráficos**

### **Índice de Quadros:**

Quadro n.º 1 - Instrumentos de implementação de políticas, por tipo de recurso

Quadro n.º 2 - Estilos de implementação

Quadro n.º 3 - Principais modelos de PPP

Quadro n.º 4 - Síntese Comparativa: Investimento Público, PPP e Privatização

Quadro n.º 5 - Resumo dos resultados do procedimento concursal - 1.ª Vaga de PPP na saúde

Quadro n.º 6 - Lessons learned - Aspectos positivos e negativos da implementação - 1.ª Vaga de PPP na saúde

Quadro n.º 7 - Riscos inerentes às PPP

Quadro n.º 8 - Definições do Modelo de PPP na Saúde e razões explicativas

Quadro n.º 9 - Características relevantes das unidades hospitalares em regime de PPP

Quadro n.º 10 - Comentários finais dos inquiridos.

### **Índice de Tabelas:**

Tabela n.º 1 – Caracterização dos inquiridos por contexto profissional

Tabela n.º 1.1 – Caracterização dos inquiridos por contexto profissional, informação agregada

Tabela n.º 2 – Caracterização dos inquiridos por fase de envolvimento

Tabela n.º 2.1 – Caracterização dos inquiridos por fase de envolvimento, informação agregada

Tabela n.º 3 – Caracterização dos inquiridos por tipo de função

Tabela n.º 3.1 – Caracterização dos inquiridos por tipo de função, informação agregada

Tabela n.º 4 – Estatísticas – Perguntas de Opinião

Tabela n.º 5 – Factores e respectivos indicadores

Tabela n.º 6 – Estatísticas de consistência interna: Risco

Tabela n.º 6.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Risco

Tabela n.º 7 – Estatísticas de consistência interna: Custo-benefício

Tabela n.º 7.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Custo-benefício

Tabela n.º 8 – Estatísticas de consistência interna: Impacto social e político

Tabela n.º 8.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Impacto social e político

Tabela n.º 9 – Estatísticas de consistência interna: *Expertise*

Tabela n.º 9.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: *Expertise*

Tabela n.º 10 – Estatísticas de consistência interna: Colaboração

Tabela n.º 10.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Colaboração

Tabela n.º 11 – Estatísticas de consistência interna: Performance

Tabela n.º 11.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Performance

Tabela n.º 12 – Estatísticas de consistência interna: Percepção do sucesso das PPP

Tabela n.º 12.1 – Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Percepção do sucesso das PPP

Tabela n.º 13 – Resumo: Estatísticas de consistência interna

Tabela n.º 14 – Estatísticas: Factores da escala

Tabela n.º 15 – Correlação de Pearson: Relação entre os factores da escala

Tabela n.º 16 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 1: Coeficientes de determinação

Tabela n.º 16.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para a Hipótese 1

Tabela n.º 16.2 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 1 (itens individuais): Coeficientes de determinação

Tabela n.º 16.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para a Hipótese 1 (itens individuais)

Tabela n.º 17 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 2: Coeficientes de determinação

Tabela n.º 17.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para a Hipótese 2

Tabela n.º 17.2 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 2 (itens individuais):  
Coeficientes de determinação

Tabela n.º 17.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para a Hipótese 2 (itens individuais)

Tabela n.º 18 – Qualidade de ajuste do modelo para as Hipóteses 3 e 4 em conjunto:  
Coeficientes de determinação

Tabela n.º 18.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para as Hipóteses 3 e 4 em conjunto

Tabela n.º 18.2 – Qualidade de ajuste do modelo para as Hipóteses 3 e 4 (itens individuais):  
Coeficientes de determinação

Tabela n.º 18.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para as Hipóteses 3 e 4 (itens individuais)

Tabela n.º 19 – Qualidade de ajuste do modelo para as Hipóteses 5 e 6 em conjunto:  
Coeficientes de determinação

Tabela n.º 19.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para as Hipóteses 5 e 6 em conjunto

Tabela n.º 19.2 – Qualidade de ajuste do modelo para as Hipóteses 5 e 6 (itens individuais):  
Coeficientes de determinação

Tabela n.º 19.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para as Hipóteses 5 e 6 (itens individuais)

Tabela n.º 20 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 7: Coeficientes de determinação

Tabela n.º 20.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para a Hipótese 7

Tabela n.º 20.2 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 7 (itens individuais):  
Coeficientes de determinação

Tabela n.º 20.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para a Hipótese 7 (itens individuais)

Tabela n.º 21 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 8: Coeficientes de determinação

Tabela n.º 21.1 – Coeficiente da variável no modelo e nível de significância para a Hipótese 8

Tabela n.º 21.2 – Qualidade de ajuste do modelo para a Hipótese 8 (itens individuais): Coeficientes de determinação

Tabela n.º 21.3 – Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância para a Hipótese 8 (itens individuais)

Tabela n.º 22 – Resumo

### **Índice de Figuras:**

Figura n.º 1 – Modelo de funcionamento das PPP na Saúde em Portugal

### **Índice de Gráficos:**

Gráfico n.º 1 – Caracterização dos inquiridos por contexto profissional

Gráfico n.º 1.1 – Caracterização dos inquiridos por contexto profissional, informação agregada

Gráfico n.º 2 – Caracterização dos inquiridos por fase de envolvimento

Gráfico n.º 2.1 – Caracterização dos inquiridos por fase de envolvimento, informação agregada

Gráfico n.º 3 – Caracterização dos inquiridos por tipo de função

Gráfico n.º 3.1 – Caracterização dos inquiridos por tipo de função, informação agregada

Gráfico n.º 4 – Médias das perguntas de opinião

Gráfico n.º 5 – Factores da escala, em média

Gráfico n.º 6: Hipótese 1 – Relação entre o factor Risco e a Percepção do sucesso das PPP

Gráfico n.º 7: Hipótese 2 – Relação entre o factor Custo-benefício e a Percepção do sucesso das PPP

Gráfico n.º 8: Hipóteses 3 e 4 em conjunto – Relação entre o factor Impacto social e político e a Percepção do sucesso das PPP

Gráfico n.º 9: Hipóteses 5 e 6 em conjunto – Relação entre o factor *Expertise* e a Percepção do sucesso das PPP

Gráfico n.º 10: Hipótese 7 – Relação entre o factor Colaboração e a Percepção do sucesso das PPP

Gráfico n.º 11: Hipótese 8 – Relação entre o factor Performance e a Percepção do sucesso das PPP

# Anexos

## Anexo 1 – Questionário - PPP no sector da Saúde em Portugal

### PPP no sector da Saúde em Portugal

O questionário que se segue versa as parcerias público-privadas ("PPP") na saúde, concretamente, as PPP de âmbito hospitalar, em Portugal, a saber: Hospital de Loures, Hospital de Braga, Hospital de Cascais e Hospital de Vila Franca de Xira, e tem por objectivo aferir o sucesso deste instrumento de gestão pública. Neste sentido, é apresentado um conjunto de afirmações em que se solicita que manifeste o seu grau de concordância ou discordância, numa escala pontuada de 1 a 9, sendo 1 equivalente a "Discordo totalmente" e 9 equivalente a "Concordo totalmente".

Este questionário garante a total confidencialidade das respostas. Em nenhuma circunstância serão utilizadas respostas individuais ou tratamentos estatísticos que possam revelar a sua fonte. As conclusões globais serão objecto de partilha. O questionário é composto por 3 questões de caracterização sobre o seu perfil e 24 questões de opinião. O tempo previsto de resposta é de aproximadamente 10 minutos.

Obrigada pela sua colaboração.

**\*Obrigatório**



### Caracterização dos inquiridos

Selecione as opções aplicáveis.

**1) No que respeita à experiência profissional relativamente às PPP, qual o seu contexto de origem? \***

- a) Público.
- b) Privado.
- c) Académico/Outro.

**2) No que respeita à sua participação por referência às PPP, o seu envolvimento foi ao nível do: \***

- a) Lançamento.
- b) Execução.
- c) Não aplicável.

**3) Qual o âmbito da função desempenhada? \***

- a) Executivo/cargo de apoio técnico.
- b) Directivo/cargo de administração.
- c) Não aplicável.

## Perguntas de opinião

Manifeste o seu grau de concordância ou discordância, numa escala pontuada de 1 a 9, sendo 1 equivalente a "Discordo totalmente" e 9 equivalente a "Concordo totalmente".

## Risco

**1) Em termos gerais, a alocação de riscos efectuada nas PPP em análise foi adequada. Assumindo que cada tipo de risco deve ser atribuído à organização que melhor o pode controlar, maximizando o benefício público. \***

Exemplo: Risco de procura (a produção é anualmente contratada pela Entidade Pública Contratante) e risco de disponibilidade (a disponibilidade de prestação dos serviços é assegurada pelo parceiro privado).

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**2) No que respeita à extinção do contrato de gestão, o plano de contingência do sector público para as PPP em análise permite efectivamente minimizar os impactos desse facto para o interesse público. \***

Exemplo: Disposições contratuais estabelecidas para assegurar a transição da gestão do hospital, para o Estado ou uma terceira entidade designada para o efeito, face a uma eventual resolução contratual.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---



**3) Em termos gerais, foi efectuada uma correcta identificação e distribuição/partilha de riscos pelos parceiros público e privado, isto é, os riscos foram alocados ao parceiro que melhor os pode gerir e suportar. \***

Exemplo: Risco de construção (alocado maioritariamente ao parceiro privado) e risco de alterações legais (partilhado, de acordo com as matrizes de risco publicadas pela entidade pública competente).

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

### **Custo-benefício**

**4) A opção pelas PPP em análise, assente no conceito de boa aplicação do dinheiro, numa perspectiva de custo-benefício (i.e. "Value for money"), determinado com base no custo público comparável, teve em consideração uma análise efectiva dos encargos globais que lhes estão associados. \***

Exemplo: Os encargos com o lançamento do programa (1.ª vaga de PPP na saúde) e acompanhamento dos contratos.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**5) O Estado conseguirá obter uma boa aplicação do dinheiro (i.e. "Value for money"), considerando o ciclo de vida dos activos em causa, mediante o recurso às PPP em análise. \***

Exemplo: As auditorias do Tribunal de Contas indicam a existência de encargos crescentes.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**6) Os ganhos associados à participação do parceiro privado nas PPP em análise, superam os encargos com o seu lançamento e monitorização, no sentido de que estes seriam significativamente reduzidos se o mesmo serviço fosse provido pelo sector público, em moldes tradicionais. \***

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

### **Impacto social e político**

**7) As PPP em análise asseguram a equidade social (inexistência do efeito "escolha selectiva"), em termos de acesso aos cuidados de saúde. \***

Exemplo: Selecção/gestão de utentes sem consideração de critérios de elegibilidade, isto é, critérios que servem de base à remuneração da entidade encarregue pela gestão hospitalar.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**8) Existe suporte político suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise. \***

Exemplo: A percepção política sobre as PPP, assente em considerações de âmbito ideológico, pode determinar o fim dos contratos.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**9) Existe suporte social suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise. \***

Exemplo: O serviço de saúde prestado pelas PPP em análise é concordante com as expectativas da população em geral e dos grupos de interesse.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

## Expertise

**10) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram valor acrescentado às PPP em análise. \***

Exemplo: Melhoria de procedimentos de gestão.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**11) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram inovação às PPP em análise. \***

Exemplo: Informatização de sistemas, inovação ao nível do parque de equipamentos e instalações.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**12) O sector público possui as capacidades/competências necessárias para executar a sua missão de acompanhamento/fiscalização, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise. \***

Exemplo: Competências de âmbito técnico (gestão de saúde), jurídico (contrato de gestão), cooperação institucional (gestão partilhada/negociada).

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**13) O sector público é dependente da consultoria externa para realizar as funções que lhe estão atribuídas, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise. \***

Exemplo: Consultoria jurídica, de gestão, financeira, outras.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

## Colaboração

**14) Existe uma relação de confiança entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise. \***

Exemplo: Actuação descentrada de comportamentos defensivos, de pendor legalista.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente,

---

**15) Existe uma clima de cooperação entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise. \***

Exemplo: Assunção de compromissos numa lógica negocial, existência de uma interacção flexível, ou seja, concessão de liberdade ao parceiro privado para concretizar expectativas previamente definidas, fomentando a inovação.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**16) A forma de colaboração entre parceiros públicos e parceiros privados contribui para o bom desempenho das PPP em análise. \***

Exemplo: Actuação não centrada no estrito cumprimento do contrato, dirigida para o fomento da inovação.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

## Performance

**17) Apesar do curto registo histórico das PPP, no que respeita à gestão da actividade/execução do contrato, a performance alcançada em termos de economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço, é positiva. \***

Exemplo: A actividade hospitalar foi desenvolvida com qualidade, de modo eficaz, económico e eficiente.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**18) No que respeita à gestão da actividade/execução do contrato o sistema de incentivos à performance é adequado. \***

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

## Outras questões relevantes

**19) No âmbito de uma apreciação global da experiência, considera que este instrumento de gestão pública se revelou adequado e deve ser replicado a outros Hospitais em Portugal.**

Exemplo: A opção pelas PPP deve ser aplicada na construção/gestão de outros hospitais, novos ou de substituição.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**20) Enquanto instrumento de gestão pública, considera que as PPP podem ser replicadas noutros países, nos termos em que foram implementadas em Portugal.**

Exemplo: A opção pelas PPP adoptada em Portugal apresenta vantagens que justifiquem a tentativa de replicação noutros contextos.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**21) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do benefício público.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**22) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do interesse privado.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9

---

Discordo totalmente.

Concordo totalmente.

---

**23) Considerando as questões colocadas anteriormente, entende que existem outros critérios a incluir numa avaliação genérica das PPP em análise, enquanto instrumentos de gestão pública.**

Em caso afirmativo, refira quais.

**24) Tem algum comentário final que gostasse de incluir?**

.....

## **Anexo 2 – Teste t de Student (teste de Mann-Whitney)**

A título de esclarecimento, com base no pressuposto de que os leitores do presente trabalho não têm de ter um nível de proficiência básico no que respeita à análise estatística, notamos que os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população.

Ora, o valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, o qual significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%. Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica, como sucede neste caso (dois sectores público e privado) pode utilizar-se o teste paramétrico t de Student, por forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotómica.

Assim, o teste t coloca as seguintes hipóteses:

H0: Não existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

H1: Existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, de a média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos.

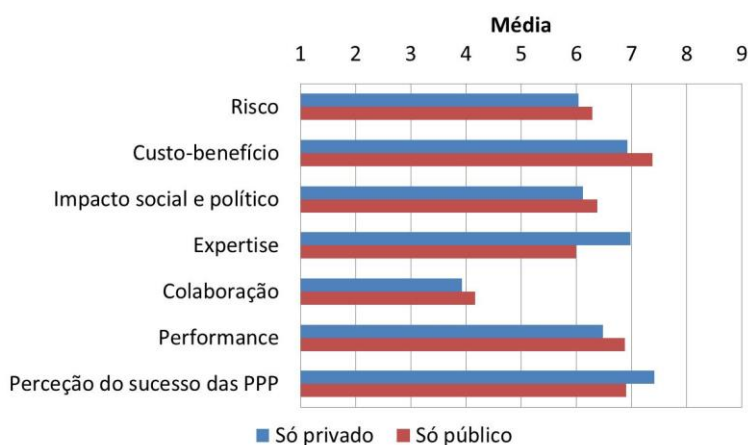
Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que foi realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors), tendo-se verificado o cumprimento deste pressuposto.

### Análise comparativa entre os elementos provenientes dos sectores público e privado

Estatística descritiva e Teste t: Relações entre a Variável Independente e os Factores da escala e o sector de origem.

		N	Média	Desvio padrão	t	p
Risco	Só privado	26	6,04	1,480	-0,393	0,697
	Só público	8	6,29	1,922		
Custo-benefício	Só privado	26	6,92	1,500	-0,778	0,442
	Só público	8	7,38	1,173		
Impacto social e político	Só privado	26	6,12	1,189	-0,493	0,626
	Só público	8	6,38	1,657		
Expertise	Só privado	26	6,98	1,208	1,533	0,135
	Só público	8	6,00	2,496		
Colaboração	Só privado	26	3,92	1,942	-0,287	0,776
	Só público	8	4,17	2,564		
Performance	Só privado	26	6,48	1,338	-0,708	0,484
	Só público	8	6,88	1,506		
Percepção do sucesso das PPP	Só privado	26	7,41	1,133	0,941	0,354
	Só público	8	6,91	1,880		

O valor de prova é superior a 5% para a Variável Independente e todos os Factores da escala, não se rejeita  $H_0$ : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.



Na amostra, o valor médio da Variável Independente Percepção do sucesso das PPP e do Factor *Expertise* é superior para os elementos com origem no privado, o valor médio dos Factores Risco, Custo-benefício, Impacto social e político, Colaboração e Performance é superior para os elementos com origem no público, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.



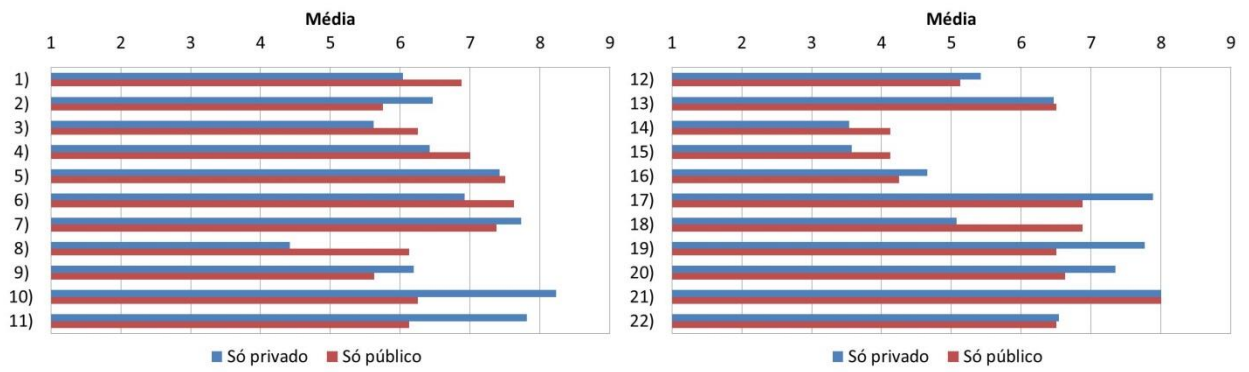
**Estatística descritiva e Teste t: Relações entre os Itens da escala e o sector de origem**

		N	Média	Desvio padrão	t	p
1)	Só privado	26	6,04	1,843	-1,012	0,319
	Só público	8	6,88	2,642		
2)	Só privado	26	6,46	2,083	0,824	0,416
	Só público	8	5,75	2,315		
3)	Só privado	26	5,62	1,791	-0,805	0,427
	Só público	8	6,25	2,435		
4)	Só privado	26	6,42	2,043	-0,748	0,460
	Só público	8	7,00	1,309		
5)	Só privado	26	7,42	1,653	-0,120	0,905
	Só público	8	7,50	1,309		
6)	Só privado	26	6,92	2,382	-0,777	0,443
	Só público	8	7,63	1,598		
7)	Só privado	26	7,73	1,801	0,481	0,634
	Só público	8	7,38	1,923		
8)	Só privado	26	4,42	1,880	-2,018	0,052
	Só público	8	6,13	2,696		
9)	Só privado	26	6,19	2,020	0,731	0,470
	Só público	8	5,63	1,506		
10)	Só privado	26	8,23	1,070	3,136	** 0,004
	Só público	8	6,25	2,659		
11)	Só privado	26	7,81	1,600	2,177	* 0,037
	Só público	8	6,13	2,748		
12)	Só privado	26	5,42	2,176	0,315	0,755
	Só público	8	5,13	2,850		
13)	Só privado	26	6,46	2,336	-0,039	0,969
	Só público	8	6,50	2,828		
14)	Só privado	26	3,54	1,902	-0,695	0,492
	Só público	8	4,13	2,642		
15)	Só privado	26	3,58	1,837	-0,664	0,511
	Só público	8	4,13	2,642		
16)	Só privado	26	4,65	2,770	0,368	0,715
	Só público	8	4,25	2,493		
17)	Só privado	26	7,88	1,336	1,745	0,091
	Só público	8	6,88	1,727		
18)	Só privado	26	5,08	2,208	-1,984	0,056
	Só público	8	6,88	2,357		
19)	Só privado	26	7,77	1,366	1,736	0,092
	Só público	8	6,50	2,878		
20)	Só privado	26	7,35	1,468	0,938	0,355
	Só público	8	6,63	2,973		
21)	Só privado	26	8,00	1,523	0,000	1,000
	Só público	8	8,00	1,690		
22)	Só privado	26	6,54	1,726	0,050	0,960
	Só público	8	6,50	2,390		

\* diferença significativa para  $p < 0,05$ \*\* diferença significativa para  $p < 0,01$ 

O valor de prova é inferior a 5% para os itens 10 e 11, rejeita-se  $H_0$ : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O valor de prova é superior a 5% para os restantes itens, não se rejeita  $H_0$ : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.



O valor médio dos itens 10 e 11 é superior para os elementos com origem no privado, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, o valor médio dos restantes itens apresentam as variações ilustradas, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

## Anexo 3 – Representação das respostas às perguntas de opinião

	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1)			3	7,7%	1	2,6%	7	17,9%	2	5,1%	6	15,4%	6	15,4%	10	25,6%	4	10,3%
2)	3	7,7%	2	5,1%	1	2,6%	2	5,1%	6	15,4%	5	12,8%	7	17,9%	10	25,6%	3	7,7%
3)			3	7,7%	2	5,1%	5	12,8%	8	20,5%	5	12,8%	3	7,7%	11	28,2%	2	5,1%
4)			2	5,1%	1	2,6%	2	5,1%	6	15,4%	4	10,3%	12	30,8%	7	17,9%	5	12,8%
5)			1	2,6%			1	2,6%	3	7,7%	4	10,3%	5	12,8%	16	41,0%	9	23,1%
6)	3	7,7%	2	5,1%			2	5,1%	4	10,3%	1	2,6%	4	10,3%	13	33,3%	10	25,6%
7)	1	2,6%			1	2,6%	2	5,1%			2	5,1%	7	17,9%	13	33,3%	13	33,3%
8)	2	5,1%	5	12,8%	6	15,4%	1	2,6%	8	20,5%	6	15,4%	6	15,4%	4	10,3%	1	2,6%
9)			1	2,6%	4	10,3%	4	10,3%	7	17,9%	5	12,8%	7	17,9%	9	23,1%	2	5,1%
10)	1	2,6%					1	2,6%	3	7,7%	3	7,7%	4	10,3%	10	25,6%	17	43,6%
11)	1	2,6%	1	2,6%			2	5,1%	2	5,1%	3	7,7%	6	15,4%	9	23,1%	15	38,5%
12)	4	10,3%	1	2,6%	5	12,8%	3	7,7%	7	17,9%	7	17,9%	6	15,4%	3	7,7%	3	7,7%
13)	1	2,6%	2	5,1%	2	5,1%	5	12,8%	2	5,1%	1	2,6%	7	17,9%	10	25,6%	9	23,1%
14)	5	12,8%	8	20,5%	6	15,4%	7	17,9%	3	7,7%	3	7,7%	4	10,3%	3	7,7%		
15)	3	7,7%	9	23,1%	9	23,1%	5	12,8%	3	7,7%	2	5,1%	5	12,8%	3	7,7%		
16)	2	5,1%	9	23,1%	8	20,5%	1	2,6%	2	5,1%	2	5,1%	7	17,9%	5	12,8%	3	7,7%
17)							4	10,3%	1	2,6%	2	5,1%	5	12,8%	16	41,0%	11	28,2%
18)	1	2,6%	5	12,8%	2	5,1%	4	10,3%	5	12,8%	6	15,4%	5	12,8%	9	23,1%	2	5,1%
19)	1	2,6%			1	2,6%	2	5,1%	1	2,6%	2	5,1%	7	17,9%	14	35,9%	11	28,2%
20)	1	2,6%	1	2,6%			2	5,1%	2	5,1%	2	5,1%	8	20,5%	14	35,9%	9	23,1%
21)			1	2,6%			2	5,1%	1	2,6%			2	5,1%	16	41,0%	17	43,6%
22)			1	2,6%	2	5,1%	3	7,7%	5	12,8%	5	12,8%	11	28,2%	7	17,9%	5	12,8%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo Completamente; ...; 9- Concordo Completamente.

## Anexo 4 – Resultados do inquérito – versão exportada directamente do sistema

### Caracterização dos inquiridos

**1) No que respeita à experiência profissional relativamente às PPP, qual o seu contexto de origem?**

a) Público.	13	30%
b) Privado.	31	70%
c) Académico/Outro.	0	0%

**2) No que respeita à sua participação por referência às PPP, o seu envolvimento foi ao nível do:**

a) Lançamento.	20	36%
b) Execução.	35	63%
c) Não aplicável.	1	2%

**3) Qual o âmbito da função desempenhada?**

a) Executivo/cargo de apoio técnico.	23	53%
b) Directivo/cargo de administração.	19	44%
c) Não aplicável.	1	2%

Perguntas de opinião

## Risco (Transferência)

**1) Em termos gerais, a alocação de riscos efectuada nas PPP em análise foi adequada. Assumindo que cada tipo de risco deve ser atribuído à organização que melhor o pode controlar, maximizando o benefício público.**

1	0	0%
2	3	8%
3	1	3%
4	7	18%
5	3	8%
6	6	15%
7	6	15%
8	10	25%
9	4	10%

**2) No que respeita à extinção do contrato de gestão, o plano de contingência do sector público para as PPP em análise permite efectivamente minimizar os impactos desse facto para o interesse público.**

1	3	8%
2	2	5%
3	1	3%
4	2	5%
5	7	18%
6	5	13%
7	7	18%
8	10	25%

9 3 8%

**3) Em termos gerais, foi efectuada uma correcta identificação e distribuição/partilha de riscos pelos parceiros público e privado, isto é, os riscos foram alocados ao parceiro que melhor os pode gerir e suportar.**

1 0 0%

2 3 8%

3 2 5%

4 5 13%

5 9 23%

6 5 13%

7 3 8%

8 11 28%

9 2 5%

### **Custo-benefício**

**4) A opção pelas PPP em análise, assente no conceito de boa aplicação do dinheiro, numa perspectiva de custo-benefício (i.e. "Value for money"), determinado com base no custo público comparável, teve em consideração uma análise efectiva dos encargos globais que lhes estão associados.**

1 0 0%

2 2 5%

3 1 3%

4 2 5%

5 7 18%

6 4 10%

7 12 30%

8 7 18%

9 5 13%

**5) O Estado conseguirá obter uma boa aplicação do dinheiro (i.e. "Value for money"), considerando o ciclo de vida dos activos em causa, mediante o recurso às PPP em análise.**

1 0 0%

2 1 3%

3 0 0%

4 1 3%

5 4 10%

6 4 10%

7 5 13%

8 16 40%

9 9 23%

**6) Os ganhos associados à participação do parceiro privado nas PPP em análise, superam os encargos com o seu lançamento e monitorização, no sentido de que estes seriam significativamente reduzidos se o mesmo serviço fosse provido pelo sector público, em moldes tradicionais.**

1 3 8%

2 2 5%

3 0 0%

4 2 5%

5 5 13%

6 1 3%

7 4 10%

8 13 33%

9 10 25%

### **Impacto social e político**

**7) As PPP em análise asseguram a equidade social (inexistência do efeito "escolha selectiva"), em termos de acesso aos cuidados de saúde.**

1 1 3%

2 0 0%

3 1 3%

4 2 5%

5 1 3%

6 2 5%

7 7 18%

8 13 33%

9 13 33%

**8) Existe suporte político suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise.**

1 2 5%

2 5 13%

3 6 15%

4 1 3%

5 9 23%

6 6 15%

7 6 15%



8 4 10%

9 1 3%

**9) Existe suporte social suficiente para permitir a continuidade dos contratos de gestão das PPP em análise.**

1 0 0%

2 1 3%

3 4 10%

4 4 10%

5 8 20%

6 5 13%

7 7 18%

8 9 23%

9 2 5%

**Expertise**

**10) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram valor acrescentado às PPP em análise.**

1 1 3%

2 0 0%

3 0 0%

4 1 3%

5 4 10%

6 3 8%

7 4 10%

8 10 25%

9 17 43%

**11) A experiência e o conhecimento do sector privado trouxeram inovação às PPP em análise.**

1 1 3%

2 1 3%

3 0 0%

4 2 5%

5 3 8%

6 3 8%

7 6 15%

8 9 23%

9 15 38%

**12) O sector público possui as capacidades/competências necessárias para executar a sua missão de acompanhamento/fiscalização, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise.**

1 4 10%

2 1 3%

3 5 13%

4 3 8%

5 8 20%

6 7 18%

7 6 15%

8 3 8%

9 3 8%

**13) O sector público é dependente da consultoria externa para realizar as funções que lhe estão atribuídas, atento o grau de complexidade inerente às PPP em análise.**

1 1 3%

2 2 5%

3 2 5%

4 5 13%

5 3 8%

6 1 3%

7 7 18%

8 10 25%

9 9 23%

### **Colaboração**

**14) Existe uma relação de confiança entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise.**

1 5 13%

2 8 20%

3 6 15%

4 7 18%

5 4 10%

6 3 8%

7 4 10%

8 3 8%

9 0 0%

**15) Existe um clima de cooperação entre parceiros públicos e parceiros privados nas PPP em análise.**

1 3 8%

2 9 23%

3 9 23%

4 5 13%

5 4 10%

6 2 5%

7 5 13%

8 3 8%

9 0 0%

**16) A forma de colaboração entre parceiros públicos e parceiros privados contribui para o bom desempenho das PPP em análise.**

1 2 5%

2 9 23%

3 8 20%

4 1 3%

5 3 8%

6 2 5%

7 7 18%

8 5 13%

9 3 8%

**Performance**

**17) Apesar do curto registo histórico das PPP, no que respeita à gestão da actividade/execução do contrato, a performance alcançada em termos de economia, eficiência, eficácia e qualidade do serviço, é positiva.**

1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	4	10%
5	2	5%
6	2	5%
7	5	13%
8	16	40%
9	11	28%

**18) No que respeita à gestão da actividade/execução do contrato o sistema de incentivos à performance é adequado.**

1	1	3%
2	5	13%
3	2	5%
4	4	10%
5	6	15%
6	6	15%
7	5	13%
8	9	23%
9	2	5%

## Outras questões relevantes

**19) No âmbito de uma apreciação global da experiência, considera que este instrumento de gestão pública se revelou adequado e deve ser replicado a outros Hospitais em Portugal.**

1	1	3%
2	0	0%
3	1	3%
4	2	5%
5	2	5%
6	2	5%
7	7	18%
8	14	35%
9	11	28%

**20) Enquanto instrumento de gestão pública, considera que as PPP podem ser replicadas noutros países, nos termos em que foram implementadas em Portugal.**

1	1	3%
2	1	3%
3	0	0%
4	2	5%
5	2	5%
6	2	5%
7	8	21%
8	14	36%
9	9	23%

**21) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do benefício público.**

1	0	0%
2	1	3%
3	0	0%
4	2	5%
5	1	3%
6	0	0%
7	2	5%
8	16	41%
9	17	44%

**22) Considera as PPP uma opção vantajosa/bem sucedida do ponto de vista do interesse privado.**

1	0	0%
2	1	3%
3	2	5%
4	3	8%
5	5	13%
6	5	13%
7	11	28%
8	7	18%
9	5	13%

**23) Considerando as questões colocadas anteriormente, entende que existem outros critérios a incluir numa avaliação genérica das PPP em análise, enquanto instrumentos de gestão pública.**

Falta as avaliações dos profissionais de saúde e utentes através de inquéritos de satisfação para profissionais e também dos utentes. Resultados que devem ser comparados com os restantes hospitais

do SNS Posicionamento relativo dos Hospitais PPP face aos Hospitais EPE nas diversas dimensões de performance hospitalar: produtividade dos RH clínicos, produtividade dos recursos físicos, tempos de espera para cirurgias programadas e primeiras consultas (Acesso à Saúde), custo por doente padrão, satisfação dos utentes, entre outros. Julgo que seria útil colocar uma questão relacionada com a monitorização do desempenho das PPP's e a sua aplicação a todos os Hospitais Públicos. Uma segunda questão poderia ser sobre a pertinência de um estudo independente comparativo da performance dos Hospitais PPP's face aos outros Hospitais do SNS. Uma terceira questão poderia ser "Considera que os Hospitais PPP's de Substituição são melhor geridos pelas entidades privadas do que anteriormente pelo Sector Público?"

Transparencia no disclosure das responsabilidades totais para o sector público com os Contratos de Gestao e respectivos critérios de imputacao défice orçamental/divida pública Deverá ser efectuada uma análise aos Hospitais que não são PPPs de forma a perceber-se os custos destes para o erário publico, quer na fase de construção (onde os custos mais dificilmente são controlados, dado que não existem EPC) quer na fase de operação (onde o estado normalmente não tem uma gestão tão eficiente como o privado), devendo para o efeito serem contabilizados os custos com a infraestrutura e os custos anuis com a operação. Deviam ser analisados um conjunto de indicadores de saúde pública no inicio do contrato de gestão e no final. Uma efectiva identidade de Parâmetros de Desempenho e respectivos critérios entre os Hospitais em PPP e os Hospitais do Sector Público (SPAs e EPEs) Benchmarking permanente com outros hospitais geridos pelo estado

#### **24) Tem algum comentário final que gostasse de incluir?**

<3 Em termos da relação custo-benefício, noto que os encargos globais que estão associados às PPP, podem não ter sido acautelados na apreciação técnica inicial, não obstante considero que por esta via o Estado consegue uma boa aplicação do dinheiro. Adicionalmente, a este respeito, noto que os encargos com a monitorização dos serviços prestados por hospitais em regime de PPP só seriam significativamente mais reduzidos porque o acompanhamento/fiscalização do sector público de saúde é insuficiente. No que respeita ao impacto político e social, importa referir que a inexistência de avaliações/estudos específicos sobre o as PPP da saúde, não contribui para o rigor da discussão pública em torno destas PPP. Relativamente à questão da expertise, é de salientar que a diminuição dos custos de transacção deve passar pela internalização do know-how associado a estes projectos e uma menor dependência da consultoria. Quanto à performance, é de notar que o sistema assenta na atribuição de multas e penalidades, situação que traduz o tipo de relacionamento defensivo existente entre as partes. Na questão 18, a questão devia ser colocada ao contrário: sistema de incentivos é nulo, existe sim um sistema de penalidades - que contagia negativamente a gestão regular da organização - na melhor das hipóteses penalidade é zero; e como o potencial / probabilidade de penalidade é elevada, a gestão dos critérios contratuais que levam à penalidade torna-se tema central na gestão do dia-a-dia. Aspecto bastante negativo que em nada contribui para uma relação harmoniosa de parceria entre entidade privada e Estado. Deverá ser efectuada uma análise aos Hospitais que não são PPPs de forma a perceber-se os custos destes para o erário publico, quer na fase de construção (onde os custos mais dificilmente são controlados, dado que não existem EPC) quer na fase de operação (onde o estado normalmente não tem uma gestão tão eficiente como o privado), devendo para o efeito serem contabilizados os custos com a infraestrutura e os custos anuis com a operação. existem preconceitos ideologicos fortemente contrários ás PPPs Em termos gerais o modelo PPP é vantajoso para o Estado sendo, no entanto, crucial a simplificação do modelo de acompanhamento e monitorização que, sem implicar diminuição do grau de exigência, motive o desempenho do operador privado e reduza os custos



da monitorização pela EPC Seria muito importante alargar a realização de acções de Benchmarking com o remanescentes hospitais do SNS.

## Anexo 5 – Outros critérios a incluir numa avaliação genérica das PPP em análise, enquanto instrumentos de gestão pública.

Dimensões de análise	Respostas à pergunta - Considerando as questões colocadas anteriormente, entende que existem outros critérios a incluir numa avaliação genérica das PPP em análise, enquanto instrumentos de gestão pública.
Performance	Falta as avaliações dos profissionais de saúde e utentes através de inquéritos de satisfação para profissionais e também dos utentes.
Performance	Resultados que devem ser comparados com os restantes hospitais do SNS
Performance	Posicionamento relativo dos Hospitais PPP face aos Hospitais EPE nas diversas dimensões de performance hospitalar: produtividade dos RH clínicos, produtividade dos recursos físicos, tempos de espera para cirurgias programadas e primeiras consultas (Acesso à Saúde), custo por doente padrão, satisfação dos utentes, entre outros.
Performance	Julgo que seria útil colocar uma questão relacionada com a monitorização do desempenho das PPP's e a sua aplicação a todos os Hospitais Públicos.
Performance	Uma segunda questão poderia ser sobre a pertinência de um estudo independente comparativo da [p]erformance dos Hospitais PPP's face aos outros Hospitais do SNS.
Performance	Uma terceira questão poderia ser "Considera que os Hospitais PPP's de Substituição são melhor geridos pelas entidades privadas do que anteriormente pelo Sector Público?"
Custo-benefício	Transparencia no disclosure das responsabilidades totais para o sector público com os Contratos de Gestao e respectivos critérios de imputacao défice orçamental/divida pública
Custo-benefício	Deverá ser efectuada uma análise aos Hospitais que não são PPPs de forma a perceber-se os custos destes para o erário publico, quer na fase de construção (onde os custos mais dificilmente são controlados, dado que não existem EPC) quer na fase de operação (onde o estado normalmente não tem uma gestão tão eficiente como o privado), devendo para o efeito serem contabilizados os custos com a infraestrutura e os custos anuis com a operação.
Performance	Deviam ser analisados um conjunto de indicadores de saúde pública no inicio do contrato de gestão e no final.
Performance	Uma efectiva identidade de Parâmetros de Desempenho e respectivos critérios entre os Hospitais em PPP e os Hospitais do Sector Público (SPAs e EPEs)
Performance	Benchmarking permanente com outros hospitais geridos pelo estado

Fonte: Inquérito "PPP no sector da Saúde em Portugal", 2014.