



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO

CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO

DISSERTAÇÃO

**AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SECTOR DA SAÚDE: O
CASO DE PORTUGAL *VERSUS* A EXPERIÊNCIA DO REINO UNIDO**

ANA RITA MORGADO LOPES BRAGA

JUNHO – 2013



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO EM CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO DISSERTAÇÃO

AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SECTOR DA SAÚDE: O CASO DE PORTUGAL *VERSUS* A EXPERIÊNCIA DO REINO UNIDO

ANA RITA MORGADO LOPES BRAGA

ORIENTAÇÃO:

MESTRE JOAQUIM MIRANDA SARMENTO

ELEMENTOS DO JURÍ:

PRESIDENTE: PROF. DR. PEDRO LUÍS PEREIRA VERGA MATOS

VOGAL: DR^a. INÊS MARIA GALVÃO TELES FERREIRA DA FONSECA PINTO

JUNHO - 2013

RESUMO

A adopção de Parcerias Público-Privadas, em detrimento dos modelos de *procurement* tradicional, como forma de fornecer activos e serviços públicos tem sido recorrente a nível mundial. Este facto justifica-se pelo desafio para os Estados em gerir uma série de restrições orçamentais, tendo em conta a necessidade de desenvolver projectos de investimento público e de serviços capazes de satisfazer as necessidades das populações.

Tal como em muitos outros sectores, também no sector da saúde a abordagem às PPP tem sido cada vez mais recorrente. Esta adopção de PPP na saúde procura a melhoria do sistema de saúde do país e a redução das despesas do Estado com a saúde, gerando uma melhor utilização dos recursos públicos.

A origem das PPP na saúde na Europa, desenvolveu-se no Reino Unido em 1997, possuindo este país um vasto número de projectos. Em Portugal, a adopção deste regime é recente. No entanto, a inexperiência (comparativamente com o Reino Unido) não foi um obstáculo para a implementação de um programa PPP de saúde ambicioso e inovador.

Apesar da frequente utilização das PPP, muitas vezes, são apontadas críticas a este regime, que põem em causa a sua capacidade de gerar *value for money*.

Perante este cenário, este estudo procura avaliar a experiência portuguesa à luz da experiência do Reino Unido. Para isto, foi recolhida informação de diversas fontes bibliográficas de modo a poder descrever a experiência destes dois países e identificar os seus sucessos e lacunas.

De todas as conclusões retiradas é comum, a ambos os países, a falta de transparência associada aos projectos PPP no que respeita ao seu custo-benefício, o que dificulta a determinação correcta da forma como os projectos PPP saúde influenciaram as contas públicas.

PALAVRAS CHAVE: Parcerias Público-Privadas, Saúde, Portugal, Reino Unido.

ABSTRACT

Worldwide, the adoption of public-private partnership models, in detriment of traditional procurement models, as a way to provide public goods and services is increasing. This is justified by the challenge of managing a series of budget constraints and the need to develop public services and investment projects to meet the needs of populations.

As in other sectors, also in the health sector the approach to PPPs has been growing, and it seeks the renewal of the health system of the country and the relief of government expenditure on health, due to a better exploitation of public resources.

The UK was, in 1997, the European origin of PPPs in health. Therefore, this country has large number of projects. In Portugal, the adoption of this scheme is recent. However, its inexperience (when compared with the UK) wasn't an obstacle to the implementation of a PPP program for the health sector extremely ambitious and innovative.

Despite the increasing approach to PPPs, these are criticised regarding their ability, to generate value for money.

In this context, this study evaluates the Portuguese experience in light of the United Kingdom experience with PPPs in the health sector. For this goal, information was gathered from various literature sources in order to describe the experience of these two countries and identify their successes and gaps.

Of all the conclusions drawn, the lack of transparency associated with PPP projects in relation to its effective costs and benefits, is general for both countries. This makes it difficult to determine how PPP projects in the health sector influence the public accounts.

KEY-WORDS: Public-Private Partnerships, Health, Portugal, United Kingdom.

AGRADECIMENTOS

Nesta fase especial da minha vida pessoal e académica gostaria de, agradecer a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste projecto.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao orientador deste projecto, Mestre Joaquim Miranda Sarmiento, pelo apoio prestado e constante disponibilidade para me ajudar, durante todo o processo de elaboração desta dissertação.

À minha mãe, pelo modelo de referência, encorajamento em procurar ir sempre mais longe e por me ter colocado, muitas vezes, à frente de si própria para que me seja possível atingir os meus objectivos.

Às minhas colegas, Lara e Carolina, pelo constante apoio e força prestados durante as sessões de trabalho que dedicámos a este projecto.

E a todos aqueles que não tive oportunidade de mencionar, mas que não ficaram esquecidos.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	3
3. METODOLOGIA	9
4. A EXPERIÊNCIA DE PPP NA SAÚDE NO REINO UNIDO	11
4.1. VISÃO GLOBAL DAS PPP NO REINO UNIDO	11
4.1.1. ENQUADRAMENTO	12
4.1.2. COMPARADOR DE SECTOR PÚBLICO E <i>VALUE FOR MONEY</i>	13
4.1.3. CONCURSO E CONTRATO	14
4.1.4. SECTORES	15
4.2. As PPP NA SAÚDE NO REINO UNIDO	15
4.2.1 ENQUADRAMENTO	15
4.2.2. PPP NOS HOSPITAIS	17
4.2.3. PPP PARA OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE	18
4.2.4. PROJECTOS	18
4.2.5. AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	19
5. A EXPERIÊNCIA DE PPP NA SAÚDE EM PORTUGAL	21
5.1. VISÃO GLOBAL DAS PPP EM PORTUGAL	21
5.1.1. ENQUADRAMENTO	22
5.1.2. COMPARADOR DE SECTOR PÚBLICO E <i>VALUE FOR MONEY</i>	23
5.1.3. CONCURSO E CONTRATO	23
5.1.4. SECTORES	24
5.2. As PPP NA SAÚDE EM PORTUGAL	25
5.2.1 INTRODUÇÃO. ENQUADRAMENTO	25
5.2.2. PPP NOS HOSPITAIS	26
5.2.3. PPP PARA OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE	27
5.2.4. PROJECTOS	27
5.2.5. AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	27
6. ANÁLISE: REINO UNIDO <i>VERSUS</i> PORTUGAL	30
7. CONCLUSÃO	33
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

<u>GRÁFICO 1 - INVESTIMENTO EM PPP E NÚMERO DE PROJECTOS PPP POR ANO NO REINO UNIDO</u>	13
<u>GRÁFICO 2 - INVESTIMENTO EM PPP E NÚMERO DE PROJECTOS PPP POR ANO EM PORTUGAL</u>	23
<u>TABELA I - COMPARAÇÃO ENTRE AS EXPERIÊNCIAS DO REINO UNIDO E DE PORTUGAL</u>	30
<u>TABELA II - AVALIAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS DO REINO UNIDO E PORTUGAL</u>	31

LISTA DE ABREVIATURAS

- BBO – *Buy, Build Operate*
- BEI – Banco Europeu de Investimento
- BOO – *Build, Own, Operate*
- BOOT – *Build, Own, Operate, Transfer*
- BOT – *Build, Operate, Transfer*
- BTO – *Build, Transfer, Operate*
- CCP – Código dos Contratos Públicos
- CMFRS – Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul
- CSP – Comparador de Sector Público
- DBO – *Design, Build, Operate*
- DFBO – *Design, Finance, Build, Operate*
- DGTF – Direcção Geral do Tesouro e das Finanças
- DL – Decreto-Lei
- DoH – *Department of Health*
- LIFT – *Local Improvement Finance Trust*
- NHS – *National Health System*
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- PCTs – *Primary Care Trusts*
- PFI – *Private Finance Initiative*
- PPP – Parceria Público-Privada
- PUK – *Partnerships UK*
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- SPV – *Special Purpose Vehicle*
- TC – Tribunal de Contas
- VfM – *Value for Money*

1. INTRODUÇÃO

A necessidade de construção/recuperação de infra-estruturas públicas associada a restrições orçamentais tem, em alguns países, remetido os governos para a utilização de Parcerias Público-Privadas como meio de financiamento e gestão das renovações necessárias. Desde a sua implementação, que as opiniões divergem sobre a sua eficiência, sendo uma das suas críticas a possibilidade de serem usadas para evitar restrições orçamentais.

Na Europa, o Reino Unido foi o primeiro país a utilizar as PPP (Campos, 2005). No resto da Europa, a adopção das PPP tem sido mais lenta. No entanto Portugal, é visto como o país que mais entusiasticamente adoptou a política das PPP (Campos, 2005).

As restrições orçamentais verificadas em Portugal e no Reino Unido, tornaram inoportável para o sector público responder a todas as necessidades de serviços e investimentos, nomeadamente na área da saúde. Assim, revelou-se imperativo solucionar esta incapacidade através da reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A solução encontrada, pelos dois países, para impulsionar as reformas na saúde passou pela adopção das PPP.

Como é que o Reino Unido organiza as PPP na saúde e quais os resultados obtidos? Como tem decorrido a experiência neste campo em Portugal? Que lições se retiraram da comparação destes dois países? são questões às quais se pretende responder no âmbito deste estudo de modo a avaliar os sucessos e lacunas da experiência destes dois países.

Deste estudo, foi possível concluir, que a principal diferença, na abordagem das PPP no sector da saúde, entre os dois países, diz respeito ao facto de, à data, em Portugal os serviços clínicos serem responsabilidade do parceiro privado, enquanto que no Reino Unido é o Estado quem detém esta obrigação. Por outro lado ambos os países demonstram uma vontade de melhorar a sua abordagem às PPP na saúde, quer no que respeita a uma maior transparência relativa aos contratos e aos resultados, quer à aferição do verdadeiro contributo das PPP nos projectos em concurso.

Esta dissertação encontra-se dividida em 6 capítulos. No capítulo 2 é elaborada uma revisão de literatura de modo a introduzir o tema, permitindo a compreensão de alguns conceitos específicos do contexto das PPP quer de um modo generalizado, quer de um modo específico para cada um dos países em estudo. Nos capítulos 3 e 4 é realizada uma abordagem à experiência dos países com as PPP, a um nível geral e a um nível específico da saúde, primeiro relativamente ao Reino Unido e depois a Portugal. No capítulo 5 é elaborada uma tabela com os principais parâmetros encontrados na descrição da experiência dos dois países de modo a melhor poder retirar elações sobre as semelhanças e diferenças de ambas as abordagens. Por fim, no capítulo 6, apresentam-se as conclusões e principais limitações deste estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As PPP, têm-se vindo a demonstrar uma importante ferramenta na entrega de serviços públicos, ao nível das infra-estruturas e de outros activos (OCDE, 2011). De modo a compensar o *gap* verificado entre os custos das infra-estruturas necessárias e os recursos disponíveis e garantir a eficiência na qualidade e nos custos das infra-estruturas entregues, as PPP revelam-se um elemento crescente em alternativa ao *procurement* tradicional por toda a Europa (Davies e Eustice, 2005). As PPP são, assim, cada vez mais uma opção para o processo de aquisição, concepção, projecto, planeamento, construção, produção e/ou distribuição a terceiros de activos ou serviços, desde a necessidade do serviço até ao termo da vida útil do activo ou do contrato de prestação do serviço (Pombeiro, 2002).

Apesar de não existir um modelo único que defina PPP, de acordo com a OCDE (2011), estas consistem num acordo entre o Governo e um ou mais parceiros privados (incluindo ou não os operadores e os financiadores), segundo o qual o parceiro privado entrega um serviço. Ainda de acordo com esta definição, este serviço deve alinhar os objectivos governamentais e os objectivos privados de geração de lucro, cuja eficiência depende da eficiente transferência dos riscos para o parceiro privado. Em troca, o parceiro privado recebe uma renda de pagamentos sucessivos e/ou taxas de utilização incidentes directamente sobre os utentes da instalação (OCDE, 2011).

No modelo PPP, o parceiro privado cria um consórcio constituído pelas entidades privadas, denominada SPV (*Special Purpose Vehicle*). A SPV, consiste numa associação de duas sociedades, uma de construção da infra-estrutura e outra prestadora de serviços auxiliares, e tem a responsabilidade de transferir eficazmente os riscos entre vários participantes privados (Esty, 2004).

De acordo com a Comissão Europeia (2004) existem dois tipos de PPP: as do tipo unicamente contratual, onde “a parceria baseia-se em relações exclusivamente contratuais e pode integrar o âmbito de aplicação das directivas europeias sobre contratos públicos”; e as de tipo institucionalizado, que implicam “uma cooperação numa entidade distinta, podendo conduzir à

criação de uma entidade *ad hoc* de participação conjunta ou ao controlo de uma entidade pública por um operador privado”.

Dentro das PPP do tipo contratual existem dois modelos: o *Private Finance Initiative* (PFI), em que o parceiro privado é responsável pela realização e gestão das infra-estruturas da Administração Pública, sendo a remuneração efectuada através de pagamentos regulares por parte do parceiro público; e o Modelo Concessivo, que implica a existência de uma relação directa entre o parceiro privado e o utente final, sendo a remuneração efectuada através de taxas cobradas aos utentes do serviço, eventualmente acompanhadas de subvenções por parte do sector público (Cabral, 2009).

Outra forma de classificar as PPP, consiste na conjugação de siglas correspondentes às diferentes fases de projecto (em inglês) que constituem responsabilidade do sector privado.

Assim, é possível classificar as PPP como: DBO (*Design, Build, Operate*), em que o parceiro privado é responsável pela concepção, construção e pelas operações associadas à infra-estrutura, pelo período de vida do contrato (Marques e Silva, 2008); BBO (*Buy, Build, Operate*), em que o privado compra ao Estado uma infra-estrutura preexistente, realiza as obras necessárias e explora a infra-estrutura sem qualquer obrigação de transferência (Cabral, 2009); BOOT (*Build, Own, Operate Transfer*), em que o sector privado constrói a infra-estrutura, detém a propriedade e opera com ela (de onde obtém a sua remuneração) durante um período de tempo findo o qual transferirá a propriedade para o sector público (Marques e Silva, 2008); BOT (*Build, Operate, Transfer*), semelhante ao anterior, sendo que o sector privado tem o direito de operar com a infra-estrutura sem que detenha a sua propriedade em nenhum momento do contrato (Barbosa, 2012); BTO (*Build, Transfer, Operate*), semelhante ao BOT, mas a entidade pública apenas se torna proprietário da infra-estrutura após a sua construção (Barbosa, 2012); BOO (*Build, Own, Operate*), em que a propriedade da infra-estrutura será sempre do parceiro privado, sendo da responsabilidade deste a sua construção e as actividades operacionais ligadas à infra-estrutura (Marques e Silva, 2008); e DFBO (*Design, Finance, Build, Operate*), em que o parceiro privado é contratado para

a concepção, financiamento, construção e operação de uma infra-estrutura, sendo a propriedade pública ou privada no período de delegação (Cabral, 2009).

De um modo geral as PPP incluem com características chave: a) uma relação entre os parceiros públicos e privados de longa duração; b) o financiamento do projecto, assegurado em grande parte pelo sector privado; c) a participação do sector privado enquanto agente económico, em diferentes fases do projecto, aliada à concentração do sector público na definição dos objectivos a atingir em termos de interesse público, da qualidade dos serviços propostos e da política dos preços, assegurando o controlo do cumprimento destes objectivos; e d) a distribuição dos riscos entre os parceiros, efectuada de acordo com as capacidades de ambas as partes para avaliar, controlar e gerir esses riscos (Barbosa, 2012).

Segundo Davies e Eustice (2003), os principais motivos para recorrer às PPP, incluem o facto destas tornarem os projectos viáveis economicamente, maximizarem o uso das capacidades do sector privado, transferirem para o sector privado o risco associado aos custos de investimento, financiamento e manutenção do projecto ao longo do seu ciclo de vida, alocarem os riscos ao parceiro com melhor capacidade de os gerir, a certeza orçamental associada a estes projectos, a entrega de *value for money* (VfM), o facto dos pagamentos do sector público serem efectuados depois da entrega do serviço, a manutenção da qualidade dos serviços durante o ciclo de vida do projecto, a injeção de capital por parte do sector privado e a possibilidade das transacções ocorrerem *off balance-sheet*. Contudo, este ponto é também frequentemente apontado como a principal crítica às PPP. Por outro lado, Hardcastle e Boothroyd (2003). apontam como pontos negativos o facto de existirem muitos projectos que não chegam à fase de contrato, as ameaças inerentes à falta de experiência e de capacidades apropriadas, a possibilidade dos encargos serem suportados pelos utentes, os altos custos que incorrem da participação num concurso, o alto risco do sector privado, os objectivos e critérios do sector público descritos sem o rigor necessário, o excesso de

tempo despendido na elaboração do contrato e nas negociações e a possibilidade de reduzir a oferta de emprego.

As PPP são apenas uma das opções existentes para a aquisição de novas infra-estruturas, pelo que apenas devem ser utilizadas quando conferem VfM (Davies e Eustice, 2005). Se não utilizadas correctamente, as PPP podem ser um factor de risco para a sustentabilidade orçamental, devido à sua natureza complexa de partilha de riscos, custos, negociação de contratos, comportabilidade, orçamento e tratamento contabilístico (OCDE, 2011).

Sarmiento (2010), referencia que num esquema de PPP o conceito de VfM, se encontra associado ao facto da parceria conseguir prestar os serviços com qualidade, pelo menos, equivalente à prestada no caso de se tratar de um projecto público, com um custo total inferior. De modo geral existem dois componentes para aferir o VfM: um quantitativo, que trata todos os factores mensuráveis pelo CSP; e um qualitativo, referente a todos os aspectos que não se podem quantificar.

Para a avaliação do VfM de uma PPP, existem quatro abordagens: a) análise custo-benefício total; b) Comparador de Sector Público (CSP); c) comparação com PPP antes das licitações; d) teste de VfM através do CSP após as licitações; e e) confiança num processo de licitações competitivo (Sarmiento, 2010).

O método mais comum na identificação da viabilidade do projecto, é o cálculo do CSP que compara os custos actuais das propostas licitadas para o projecto PPP com a forma mais eficiente de entrega do mesmo projecto desenvolvido por um método tradicional de investimento do sector público (OCDE, 2011). O CSP consiste, na diferença financeira entre as duas opções de investimento e pode ser realizado antes da fase de licitação, comparando custos hipotéticos, ou após a aprovação do negócio final (Sarmiento, 2010).

A principal desvantagem do CSP consiste no facto de se tratar de um risco ajustado hipotético dos custos do sector público para um projecto real (OCDE, 2011). Por outro lado, Grimsey e Lewis (2005) referem que o CSP se calcula de um modo muito complexo e que inclui diversas ambiguidades relevantes na tomada de decisão (Sarmiento, 2010).

Apesar das suas desvantagens, o CSP é uma importante ferramenta de avaliação, uma vez que fornece uma ideia geral do projecto, dos riscos envolvidos e de como lidar com eles no contrato (Sarmiento, 2010). Para atingir o VfM nas PPP, é fundamental possuir equidade entre os parceiros no que respeita a alocação dos riscos (Sarmiento, 2010).

Actualmente, os Estados recorrem, cada vez mais frequentemente, às PPP como forma de adquirirem serviços e activos públicos de uma forma menos morosa e onerosa (Gomes *et al.*, 2007). Neste contexto, são cada vez mais os sectores em que é possível observar a utilização deste regime tendo, na Europa, a origem das PPP sido no sector rodoviário. Neste continente, a utilização das PPP tem-se alastrado a outros sectores como o ferroviário, da saúde, de saneamento, de segurança e de educação, entre outros (Gomes *et al.*, 2007).

De entre os sectores com projectos PPP, o sector da saúde destaca-se pela exigência das populações ao seu direito à saúde, independentemente da condição económica dos cidadãos (Reich, 2000). Assim, quando o mercado falha em distribuir os benefícios relativos aos serviços de saúde de direito da população, as parcerias entre organizações públicas e privadas, como meio de inovação e sucesso na distribuição dos cuidados pela população, revela-se uma opção aliciante. Por este motivo, é cada vez mais frequente encontrar as PPP no topo de muitas das agendas governamentais no que respeita a saúde pública (Reich, 2000).

Em países em que o financiamento, do Governo, através dos mercados de capitais é possível, os activos do sistema de cuidados de saúde são propriedade do Estado. No entanto, o uso de financiamento privado permite aos sistemas de cuidados de saúde constrangidos por uma ausência de capital público, desenvolver projectos que de outra forma nunca se materializariam com eficiência (Vecchi *et al.* 2013).

No Reino Unido, o programa para a utilização das PPP na saúde teve o objectivo de promover a eficiência económica (Silva, 2009). Em Portugal, o sector hospitalar público constitui a principal rede de prestação de cuidados de saúde. Neste país, as PPP surgem, como solução do Governo para modernizar

o SNS, perante a necessidade de conferir maior eficiência, autonomia e responsabilidade às unidades hospitalares de modo a melhorar o desempenho dos hospitais no país, quer no que diz respeito aos ganhos acrescidos de saúde, quer na utilização dos fundos atribuídos ao sector pelo controlo dos gastos públicos (Simões, 2004).

McKee *et al.* (2006), avaliaram hospitais PPP, no Reino Unido, e concluíram que os resultados práticos não concordavam com as expectativas dos projectos, tendo as novas instalações sido mais dispendiosas do que se financiadas pelo sector público. Por outro lado as novas instalações revelam maior probabilidade de serem construídas dentro dos prazos e do orçamento acordado. Outro ponto negativo passa pela complexidade das PPP, que reduz o interesse do sector privado nas parcerias para serviços hospitalares.

A primeira abordagem às PPP saúde, em Portugal, envolveu a intenção de desenvolver 10 novos hospitais em regime de PPP, em duas vagas: uma primeira que incluía a prestação de serviços clínicos e uma segunda que apenas abrange a estrutura hospitalar (Tribunal de Contas, 2009).

Pela recente experiência de Portugal não é ainda possível inferir sobre o resultado da adopção deste programa. No entanto, o Relatório de 2012 das PPP, elaborado pela Direcção Geral do Tesouro e das Finanças (DGTF) prevê que a partir de 2018 os encargos com as PPP no sector da saúde comecem a diminuir dizendo respeito, por volta de 2024, apenas às infra-estruturas.

3. METODOLOGIA

Este estudo analisa as PPP no sector da saúde, descrevendo, comparando e identificando as semelhanças e diferenças das abordagens de Portugal e do Reino Unido. Neste contexto, procurou-se responder às seguintes questões: 1) Como é que o Reino Unido organiza as PPP no sector da saúde e quais os resultados?; 2) Como decorreu a experiência portuguesa?; e 3) Que lições é possível retirar da comparação da abordagem das PPP destes dois países?.

O Reino Unido foi, em 1992, o país de origem das PPP quando, face às dificuldades orçamentais do Governo, esta foi a proposta eleita para incentivar o investimento sem comprometer os recursos públicos (Neto, 2008). O Reino Unido possui, cerca de 20 anos de experiência com PPP e, de acordo com o Banco Europeu de Investimento (BEI) (2012) até 2011 possuía um total de 959 projectos PPP, com acordo financeiro.

Por outro lado, Portugal, tendo oficializado o quadro legal das PPP em 2003, possui uma história muito mais recente no contexto das PPP. No entanto, até 2011, era detentor de 42 projectos de PPP com acordo financeiro concluído. Tendo em conta a dimensão deste país é possível afirmar que Portugal tem vindo a adoptar com bastante entusiasmo o regime PPP no contexto de modernização dos serviços públicos, uma vez que, na Europa, além do Reino Unido, apenas a Alemanha (95 projectos), a Espanha (156 projectos) e a França (108) possuem maior número de projectos PPP que Portugal (Banco Europeu de Investimento, 2012). De acordo com o Tribunal de Contas (TC) (2008), Portugal era até 2007, o país europeu com maior percentagem de PPP em relação ao Produto Interno Bruto e ao Orçamento do Estado.

Deste modo, a eleição dos países em análise justifica-se pela história e experiência superior do Reino Unido no contexto das PPP, o que permitirá extrair conclusões de maior relevância, e pelo facto de Portugal ser apontado como o país europeu que mais entusiasticamente adoptou o regime PPP.

Ao longo deste trabalho procurou-se, através de pesquisa bibliográfica, descrever, analisar e comparar a experiência do Reino Unido e de Portugal,

detectando os seus sucessos e insucessos, de acordo com a seguinte informação: 1) Tipo de PPP usados no país, na saúde; 2) Anos de experiência e número de contratos; 3) Regulamentação das PPP no país; 4) Perspectivas do futuro das PPP saúde no país.

A pesquisa e análise realizadas resultam, assim, na identificação de semelhanças entre estes países, o que permite retirar ilações sobre o presente e o futuro das PPP na saúde nestes países.

4. A EXPERIÊNCIA DE PPP NA SAÚDE NO REINO UNIDO

4.1. Visão Global das PPP no Reino Unido

O Reino Unido foi pioneiro na utilização de PPP (Gomes *et al.*, 2007). Neste país, as PPP surgem com o objectivo governamental de (1) aumentar a capacidade do investimento público recorrendo a mecanismos do sector privado, (2) melhorar a qualidade dos serviços públicos, e (3) diminuir a despesa pública beneficiando de competência e da capacidade de inovação do sector privado (Cossalter e Marais, 2001).

O *Private Finance Initiative* (PFI) constituiu o primeiro programa político sistemático utilizado para as PPP. O PFI teve início em 1992 pelo governo de John Major e foram revistas em 1997 pelo *New Labour* de Tony Blair (Gomes *et al.*, 2007). Ao longo dos tempos, foram realizadas avaliações às PPP por forma a se identificarem as suas lacunas e realizarem alterações que as colmatem (Campos, 2005).

Destas alterações surgiu, em 1999, uma *Joint-Venture* (JV) entre o *HM Treasury* e o sector privado, denominada *Partnerships UK* (PUK). A PUK assume a missão pública de suportar e acelerar os processos de entrega de infra-estruturas renovadas, de serviços públicos de alta qualidade e o uso eficiente de activos públicos através de parcerias mais eficazes e mais fortes entre os sectores público e privado. A PUK pode, ainda, disponibilizar recursos financeiros para projectos que não os conseguem reunir no mercado financeiro (Gil, 2004).

Em Dezembro de 2012, emitiu-se a mais recente reforma efectuada no contexto das PPP, o *Private Finance 2* (PF2), que pretende substituir o PFI e ultrapassar os desperdícios, inflexibilidade e falta de transparência observados, ao longo do ciclo de vida do PFI, respondendo às principais preocupações do Parlamento (*HM Treasury*, 2012a).

No Reino Unido não existe uma lei específica para a regulação das PPP. A maioria das regras encontram-se em orientações, integradas num vasto número de publicações, dadas pelo *HM Treasury* (Campos, 2005).

Pelos dados fornecidos pelo *HM Treasury* (2012b), à data de Março de 2012, o Reino Unido apresentava um total de 717 projectos PPP dos quais 648 se encontram operacionais.

4.1.1. Enquadramento

O modelo britânico de PPP, apesar de algumas especificidades analisadas neste capítulo, não difere, na sua essência, do modelo teórico abordado no capítulo anterior.

O tipo de PPP mais utilizado neste país, é o PFI (OCDE, 2011). No PFI incluem-se os modelos DFBO¹, BOO², BOT³ e BOOT⁴ (Alshawi, 2009). No entanto o modelo dominante no Reino Unido é o DFBO (Silva, 2009).

Regra geral, as PPP neste país assentam nas seguintes características: contrato longo (cerca de 25 anos), relativo a projectos com construção/recuperação de infra-estruturas; e uma remuneração, pressuposta no acordo, por parte do sector público à entidade privada, que por sua vez, num processo de alocação de risco, assume vários riscos do projecto. Adicionalmente, o privado é responsável por garantir o financiamento do projecto. Esse financiamento é concedido pelos bancos no pressuposto de que o projecto gerará *cash flow* positivo (Alshawi, 2009).

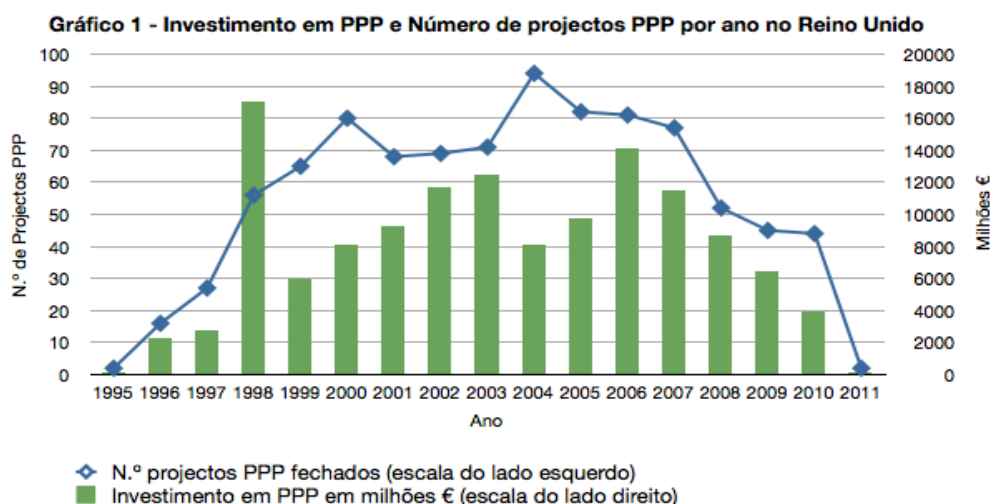
Pelos dados obtidos pelo BEI (2012), relativamente ao investimento em PPP e ao número de projectos PPP por ano, no Reino Unido é possível obter o gráfico 1:

¹ DFBO – *Design, Finance, Build, Operate*

² BOO – *Build, Own, Operate*

³ BOT – *Build, Operate, Transfer*

⁴ BOOT – *Build, Own, Operate, Transfer*



Fonte: Autora, através de dados do BEI (2012).

Pela análise do gráfico 1 observa-se que, até 2004, se verificou uma tendência crescente no que diz respeito à conclusão de projectos PPP, tendo o maior número de projectos concluídos ocorrido neste mesmo ano. Posteriormente, observa-se uma tendência decrescente, com o mínimo de projectos assinalado em 2011. Relativamente ao investimento em PPP, é detectado um pico de investimento em 1998, e mais recentemente, ainda que não tão evidenciado, em 2006. Por outro lado, na avaliação desta variável é detectada até 2006 (à excepção dos anos 2004 e 2005), um aumento do investimento efectuado em PPP, sendo que, desde essa data se verifica um decréscimo desta variável o que pode fazer crer que o Reino Unido tem vindo a investir cada vez menos em PPP, possivelmente, devido à crise financeira de 2008 e às dúvidas relativas ao seu impacto na eficiência das PPP (NAO, 2010).

4.1.2. Comparador de Sector Público e *Value for Money*

No Reino Unido, na grande maioria dos projectos foi utilizado o CSP para a aferição da viabilidade do projecto, através da determinação da capacidade deste conferir VfM (*HM Treasury*, 2012a).

Segundo o relatório do *UK National Audit Office*, as PPP no Reino Unido têm sido entregues dentro dos prazos estipulados e de acordo com o orçamento, com uma frequência 40% superior à verificada no investimento público (Bourn, 2003). Assim, pelo facto de terem reduzido custos e respeitado

os prazos do contrato, as entidades públicas consideram que, regra geral as PPP conferiram VfM ao sector público (NAO, 2010).

Contudo, em alguns projectos, o *HM Treasury* concluiu que a abordagem do CSP revela algumas incertezas devido à sistemática tendência optimista (*optimist bias*) relativa a parâmetros chave dos projectos (Shaoul, 2005). Assim, esta entidade, propõe a correcção desta tendência pela utilização de bases de dados de projectos, que permitam estimar o valor em que o CSP de projectos passados divergiu dos custos reais (*The World Bank*, 2008).

No novo programa PF2, o *HM Treasury* revela a intenção de adoptar um teste de VfM que permita ter em consideração tanto factores quantitativos como qualitativos (*HM Treasury*, 2012a).

4.1.3. Concurso e Contrato

De acordo com o PF2, a conclusão de um contrato para PPP passa pelas seguintes fases: *i)* anúncio ao mercado dos detalhes gerais e da intenção de adjudicar um projecto; *ii)* emissão do concurso para iniciar o processo formal de adjudicação; *iii)* identificação de uma *shortlist* das entidades privadas interessadas no projecto; *iv)* realização do *Invitation to Participate in Dialogue*, onde se encontram detalhados as condições comerciais e os critérios de avaliação; *v)* análise das respostas dos licitantes e selecção da melhor proposta; *vi)* publicação do resultado do licitante eleito; e *vii)* assinatura dos contratos financeiro e comercial. O PF2 explicita, ainda, a intenção de reduzir os prazos de adjudicação dos projectos PPP (*HM Treasury*, 2012a).

As PPP, resultam de contratos funcionais em que o regime jurídico não depende de nenhuma categoria determinada, as regras que se lhe aplicam são as regras de direito comum e a sua denominação reflecte exactamente o seu conteúdo, sendo que para redacção de um contrato PPP se utiliza por base os contratos já celebrados e as guias do *HM Treasury* que determinam cláusulas essenciais (Cossalter e Marais, 2001).

Quando os sectores público e privado assinam um contrato PPP partilham os riscos de investir no projecto. Deste modo o Governo procura transferir para o privado os riscos dos custos associados à possibilidade da infra-estrutura

entregue não ser capaz de atingir os requisitos pré-estabelecidos, dos custos associados ao atraso na entrega da instalação, da possibilidade de custos subjacentes à prestação do serviço e os custos futuros associados ao activo; o risco de acção industrial ou dano físico ao activo; e, em alguns casos, os riscos associados ao mercado (*HM Treasury*, 2003).

Nos contratos PPP encontra-se, ainda, descrito o mecanismo de pagamentos e o regime de desempenho exigido. O sector público realiza um pagamento unitário, que abrange tanto a disponibilidade do activo como a dos serviços prestados por ele, podendo ser realizadas deduções a este pagamento consoante o desempenho do privado. Deste modo, assegura-se a entrega dos resultados pretendidos pelo sector público e o pagamento dos serviços apenas nesta condição (*HM Treasury*, 2003).

4.1.4. Sectores

De acordo com o *HM Treasury* (2012b) é possível verificar que no Reino Unido são elaborados contratos PPP nos sectores dos transportes, saúde, energia, educação, alojamento, ambiente e desperdícios, serviços sociais (bibliotecas, lares, centros desportivos), serviços públicos (prisões, tribunais, quartéis de bombeiros), defesa e tecnologias de informação.

4.2. As PPP na Saúde no Reino Unido

A adopção do regime PPP na saúde, consiste num meio de adquirir fundos para investimentos de grande capital (Nikolic e Maikisch, 2006). No Reino Unido, o sector da saúde revela-se como aquele que concentra maior investimento em projectos de PPP, desenvolvidos tanto ao nível dos serviços hospitalares como dos cuidados primários e sociais (Gomes *et al.*, 2007).

4.2.1 Enquadramento

Nas últimas décadas, os fundos públicos existentes verificavam-se incapazes de financiar o programa nacional de renovação de hospitais, bem como manter o envelhecido *National Health System* (NHS). Assim, perante a ausência de capital disponível verificou-se a necessidade de recorrer a

contratos PPP para o investimento em instalações do NHS (Gaffney *et al.*, 1999).

Os contratos PPP na saúde são atribuídos e geridos por corporações do sector público que providenciam serviços em nome do NHS e utilizam fundos privados para a construção e manutenção dos edifícios – as *trusts*. Diferentes *trusts* poderão gerir um contrato PPP, consoante a sua dependência do *Department of Health* (DoH): a) *Foundation Trusts*, independentes do DoH, fornecem serviços ao NHS e são directamente responsáveis perante o Parlamento; b) *NHS Trusts*, que diferem das anteriores por ainda não terem adquirido estatuto de fundação e dependerem directamente do DoH; e c) *Primary Care Trusts* (PCTs) que se relacionam com o DoH através de *Strategic Health Authorities* e consistem em organizações locais, que recebem 75% do orçamento do NHS, com a responsabilidade de gerir os serviços locais de cuidados primários (Morse, 2010b e Bourn, 2005).

No sector da Saúde, todos contratos PPP que comportem um risco elevado ou um capital de valor superior a 35 milhões de libras são responsabilidade do DoH, a quem compete a decisão de aprovação destes projectos. Cabe, ainda, ao DoH suportar as *trusts* na fase operacional ao divulgar orientações e a melhor prática, fornecer aconselhamento generalizado de equipas especialistas, facilitar a rede de contactos entre elas, estabelecer o financiamento e a forma como se vai organizar a PPP, e examinar e providenciar suporte às *trusts* nas negociações e gestão dos contratos. Em 2010, suportava 76 contratos de PFI em Inglaterra, excluindo os contratos sem serviço de internamento, com um custo de 890 milhões de libras por ano (Morse, 2010b).

Por contratos PPP na saúde se desenvolverem entre a *trust* local e o SPV privado, as PPP do NHS não são subsidiadas por créditos do Estado. Deste modo, as *trusts* utilizam os seus fundos para investir nos seu edifícios (Morse, 2010a).

No Reino Unido, ao nível da saúde existem dois modelos de PPP: o DFBO aplicado aos hospitais, na sua construção e/ou modernização de infra-estruturas e serviços relacionados, e o *Local Improvement Finance Trust* (LIFT)

aplicado ao subsector dos cuidados primários locais. A existência destes dois modelos justifica-se pelos elevados custos de transacção implícitos no modelo DFBO que tornam inviáveis projectos menores, exigindo um modelo mais flexível, com custos de transacção menores e com fases mais curtas (Silva, 2009).

As principais diferenças entre estes dois modelos incluem o facto da LIFT envolver uma JV, em vez de um SPV, e uma organização nacional para a gestão do programa, que permite a prestação de apoio por parte de entidades governamentais ao parceiro local, ao contrário do apoio limitado conferido aos projectos DFBO, geridos por autoridades de saúde (Silva, 2009).

Para o Governo do Reino Unido, os contratos PPP em saúde, excluem os serviços clínicos pela dificuldade na mensuração destes ao nível da formulação e quantificação dos parâmetros de segurança e qualidade, bem como o seu controlo e monitorização; pela partilha de risco da prestação dos serviços, na medida em que o Governo admite gerir melhor os riscos inerentes aos serviços clínicos assegurando a melhor defesa do serviço público de saúde; e pelo risco da procura, visto que tratando-se de contratos a longo prazo é possível que a procura, tanto ao nível dos actos médicos como da população, variem, tornando-se difícil prever as necessidades e definir ajustes a longo prazo (Silva, 2009).

4.2.2. PPP nos Hospitais

Como visto anteriormente, o modelo de parceria utilizado para os hospitais é o DFBO.

O modelo DFBO, envolve a autoridade de saúde e o SPV para a entrega de uma série de activos e serviços, integrados na infra-estrutura (de onde se excluem os serviços clínicos) sob a supervisão do parceiro público, em retorno de um pagamento único e regular durante o ciclo de vida do contrato (Silva, 2009).

O *Darent Valley Hospital*, consiste num caso de sucesso da aplicação das PPP na saúde, em que os serviços foram entregues dentro do orçamento e do prazo estipulados e com qualidade satisfatória, e o parceiro público se encontra

a beneficiar, no que diz respeito a obter ganhos, do contrato com a entidade privada (NAO, 2006).

Apesar do aparente sucesso da utilização de PPP em hospitais, é possível detectar casos em que se revelou a existência de um fraco VfM e de pouca viabilidade financeira, não se revelando este regime a opção mais acertada. Um exemplo, é o caso *da Cumberland Infirmary*, em Carlisle, onde se detectou a realização de uma avaliação económica tendenciosa e com algumas falhas, tendo-se verificado que os custos da realização de um novo hospital quase duplicaram durante o processo de aquisição e que os custos de manutenção foram excessivos, podendo a *trust* que gere este contrato necessitar de suporte do Governo para cumprir os compromissos de PPP (Price *et al.*, 1999).

4.2.3. PPP para outras Entidades de Saúde

Como referido no subcapítulo 4.2.1, nos projectos de parceria de estrutura inferior é utilizado o modelo LIFT. A estrutura contratual deste modelo, baseia-se numa relação contratual de longo prazo (20 anos), estabelecida sob a forma de JV local formada por três tipos de entidades: uma JV Nacional, formada pelo DoH e pela PUK, o parceiro do sector privado e *stakeholders* locais. Esta JV é responsável pela realização e financiamento do investimento em infra-estruturas e aos serviços associados a estas e pela prestação de serviços de apoio aos utilizadores das instalações (Silva, 2009).

As vantagens do LIFT incluem a hierarquização dos projectos em consonância com as propriedades estratégicas locais e a libertação do sector público para se concentrar nas actividades principais de saúde. Por outro lado apresenta limitações pelo facto de exigir uma área de influência populacional mínima, entre os 300 e os 500 mil habitantes, para garantir a sua viabilidade (Silva, 2009).

4.2.4. Projectos

De acordo com o *HM Treasury* (2012b), existem um total 717 projectos PPP, com custos de 54,7 mil milhões de libras, de entre os quais 118

pertencem ao sector da saúde, com custos de cerca de 11614,3 milhões de libras.

4.2.5. Avaliação da Experiência

As PPP, têm sido o modelo principal de financiamento de investimentos de maior capital no sector da saúde, nas últimas duas décadas. Apesar de consistir numa grande fonte de financiamento, uma parte significativa não aparece na dívida pública, o que possibilitou manutenção das metas estabelecidas para o financiamento do sector público (McKee, *et al.*, 2006).

De acordo com o PF2, foram identificados alguns benefícios do uso de PPP, tais como a capacidade de gestão e a inovação e experiência no que respeita à gestão do risco por parte do sector privado aliados à capacidade de assegurar que os edifícios são entregues com elevada qualidade, a tempo e dentro do orçamento e que a qualidade dos activos é mantida ao longo da sua vida (*HM Treasury*, 2012a).

No entanto, a experiência passada revela que o regime PFI não foi um sucesso total, devido a factores como (*HM Treasury*, 2012a): o aumento dos custos e a diminuição do VfM para os contribuintes, pela demora do processo de adjudicação do projecto; a reduzida flexibilidade dos contratos no período operacional; a falta de transparência relativamente às consequências para o contribuinte e aos retornos dos investidores; a transferência inapropriada de riscos para o sector privado, resultando em riscos maiores a sobrecarregar o sector público; as mais-valias arrecadadas pelos investidores de projectos PPP, que leva a reconsiderar o VfM dos projectos; e a utilização de projectos PPP de modo inapropriado não conferindo VfM para o sector público.

Por forma a resolver as preocupações supracitadas, o Governo anunciou o PF2 como a nova abordagem do Tesouro às PPP que procura colmatar as fraquezas do anterior programa (*HM Treasury*, 2012a).

Assim, este modelo inclui como principais reformas: a possibilidade do Governo assumir um risco minoritário em alguns projectos, a ser gerido por uma unidade distinta do *HM Treasury*; a estipulação de um prazo máximo de 18 meses para a adjudicação do projecto; a separação e licitação em separado

dos serviços de gestão das instalações tais como limpeza, segurança e *catering*; o concurso para financiamentos secundários serão introduzidos após a fase de eleição do licitante final, de modo a atrair investidores institucionais; os investidores privados serão obrigados a publicar os retornos previstos e reais; e o facto de as autoridades públicas poderem alterar as condições pré-estabelecidas para os activos (Semple e Turley, 2013).

A despesa financeira futura é analisada do ponto de vista do PF2 que irá procurar facilitar o acesso aos mercados de capital tornando as PFI numa aposta de risco relativamente pequeno tornando-se aliciante para os investidores, encorajando fontes de financiamento alternativas (*HM Treasury, 2012a*).

Com a preocupação da entrega de VfM, o Governo irá desenvolver novas guias para as PPP sendo que, no sector da saúde o primeiro projecto onde se irá aplicar o PF2 será o projecto do *Sandwell and West Birmingham Hospital NHS Trust* (*HM Treasury, 2012a*).

5. A EXPERIÊNCIA DE PPP NA SAÚDE EM PORTUGAL

5.1. Visão Global das PPP em Portugal

Portugal enveredou pelas PPP nos anos 90, tendo começado por aplicar esta forma de cooperação no sector rodoviário (Gomes *et al.*, 2007).

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, estabeleceu pela primeira vez o quadro legal das PPP, procurando potenciar o aproveitamento da capacidade de gestão do sector privado por parte do sector público, melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados e gerar economias na utilização dos recursos públicos. Este diploma, foi revisto pelo Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho, que veio alterar o regime em vigor, particularmente ao nível da preparação de processos de parceria e da execução dos respectivos contratos, com vista a um reforço da tutela do interesse financeiro público.

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio, veio revogar e rever o regime jurídico do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, procedendo ao alargamento do seu âmbito de aplicação. A necessidade deste diploma proveio da aprovação do Código dos Contratos Públicos, que veio suscitar algumas dúvidas relativamente a algumas disposições do Decreto-Lei n.º 86/2003, por regular a formação e a execução de contratos públicos. De acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio, também a experiência adquirida, com as PPP aconselhou uma considerável alteração do regime jurídico aplicado, nomeadamente “no que diz respeito ao seu âmbito de aplicação, à organização interna do sector público, a um melhor acompanhamento, por parte do Ministério das Finanças, do desenvolvimento dos projectos e, em particular, dos contratos de PPP já celebrados, assim como à transparência, designadamente através da publicação de documentos relacionados com esta modalidade de contratação”. Este diploma veio responder à lacuna verificada no âmbito das PPP, na medida em que reconhece a criação da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos, que possui natureza e autonomia administrativa e dependência directa do membro do Governo responsável pela área das finanças, e manifesta-se como

entidade com responsabilidades no âmbito da preparação, desenvolvimento, execução e acompanhamento global dos processos de PPP, assegurando um apoio técnico especializado ao Governo, relativamente a assuntos de natureza económico-financeira. No que respeita as decisões passíveis de gerar encargos, o novo diploma passa a exigir, aquando da preparação de um novo projecto, uma análise da sustentabilidade orçamental e a realização de análises de sensibilidade, de modo a avaliar a sustentabilidade de cada parceria perante alterações de procura e macroeconómicas, uma análise de custo-benefício e a realização de uma matriz de partilha de riscos, com uma identificação clara dos riscos assumidos por cada um dos parceiros. O Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio, pretende tornar mais transparente os processos associados às PPP, obrigando a publicação de documentos com eles relacionados.

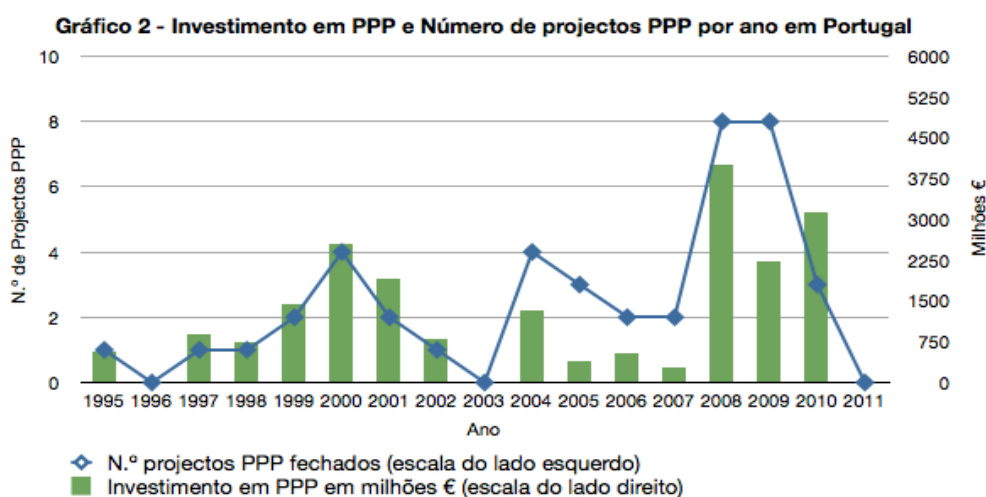
5.1.1. Enquadramento

De acordo com o Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio, as responsabilidades de acompanhamento, avaliação e controlo da execução do projecto de parceria são conferidos ao parceiro público de modo a garantir os interesses públicos subjacentes ao projecto, enquanto que o financiamento, o exercício e a gestão da actividade contratada, consoante os termos acordados, são da responsabilidade do parceiro privado.

Na sua essência, o modelo de PPP mais utilizado em Portugal não difere do modelo DFBO, abordado anteriormente. No entanto, neste país, incluem uma relação directa com o utente (Cabral, 2009).

Assim sendo, neste país, é frequente verificar-se que a construção de obras públicas é, na realidade, suportada pelos utentes durante o período do contrato, findo o qual a propriedade reverte a favor do Estado (Cabral, 2009).

Através de dados do BEI (2012), é possível realizar o gráfico 2 sobre a relação entre o investimento em PPP e o número de projectos PPP por ano, em Portugal.



Fonte: Autora, através de dados do BEI (2012).

A análise do gráfico 2, revela um gráfico extremamente acidentado, no que diz respeito quer ao número de projectos, quer ao investimento realizado, o que não permite detectar qualquer tendência crescente ou decrescente sobre estes parâmetros. No entanto, em 2008 verifica-se um pico de investimento em PPP, justificado por um grande investimento debitado em projectos PPP nos sectores rodoviário e da saúde (DGTF, 2009).

5.1.2. Comparador de Sector Público e *Value for Money*

De modo a garantir que a opção PPP é a forma mais económica de prestar o serviço público é necessário ter em conta o CSP e o VfM.

Em Portugal, até 2006, não se verificou a existência de nenhum projecto de PPP que tenha recorrido ao CSP, baseando-se, os concursos, na melhor proposta do sector privado. Os primeiros projectos a recorrer a este método, antes da licitação, para a aferição da melhor proposta privada foram os dos hospitais de Braga e de Cascais (Sarmento, 2010).

5.1.3. Concurso e Contrato

Quando um serviço do ministério, uma entidade pública estatal ou uma outra entidade que vise a satisfação de necessidades de interesse geral pretende lançar uma parceria, deve apresentar uma proposta, devidamente fundamentada económica e financeiramente, ao membro do Governo responsável pela área em questão (Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio).

Para o estudo e preparação da parceria é necessário constituir uma equipa de projecto⁵. Segundo o art.º 12.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio, a equipa de projecto terá a competência de desenvolver os trabalhos preparatórios necessários ao lançamento da parceria e apresentar aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e do projecto, um relatório fundamentado com uma proposta de decisão. Por sua vez, estes membros terão de decidir sobre a aprovação da parceria e das condições contratuais, mediante despacho, num prazo de 30 dias⁵.

Após o lançamento do projecto, segundo o regime previsto no Código dos Contratos Públicos (CCP), é emitido um relatório do júri do procedimento com uma avaliação quantitativa dos encargos e do impacto do riscos potenciais para o parceiro público⁵. Com conhecimento deste relatório, é tomada a decisão de contratar, sendo posteriormente efectuada a contratação da PPP, nos termos do art.º 94.º e seguintes, do CCP⁵.

No caso específico da saúde, o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, enquadrava pela primeira vez as PPP saúde em regime de gestão e financiamento. Neste diploma encontravam-se aprovados e lançados os projectos PPP para quatro hospitais e duas outras entidades de saúde não hospitalares com vista a funcionar em regime PPP. Posteriormente foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril e alterado pelo Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho que incidiu sobre as PPP saúde, nomeadamente sobre as competências do Ministério da Saúde e a remuneração da entidade gestora.

5.1.4. Sectores

De acordo com a DGTF (2012), em Dezembro de 2011, os contratos de PPP abrangiam os sectores rodoviário, ferroviário, da saúde e da segurança interna, perfazendo um total de 35 contratos PPP. Destes contratos, 24 encontravam-se em fase de exploração e 11 em fase de construção. Distribuídos por sector existiam, 24 projectos no sector dos transportes, 10 no sector da saúde e 1 no sector da Segurança e Emergência (DGTF, 2012).

⁵ Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio

5.2. As PPP na Saúde em Portugal

As PPP na saúde são definidas como uma associação duradoura entre o Ministério da Saúde – ou instituições e serviços integrados no SNS – e entidades do sector privado e social para a realização directa de prestações de serviços de saúde, ao nível dos cuidados primários, diferenciados e continuados⁶.

5.2.1 Introdução. Enquadramento

O recurso às PPP no sector da saúde enquadra-se num contexto político que visa impulsionar uma série de reformas que permitam revitalizar e modernizar o SNS, com o objectivo de atingir maior eficiência e sustentabilidade financeira, aumento da produtividade e melhor desempenho e eficácia nos proveitos dos serviços de saúde (Silva, 2009).

Deste contexto, surge o estabelecimento de três instrumentos contratuais através dos quais a PPP é efectuado: contrato de gestão; contrato de prestação de serviços; e contratos de colaboração⁶.

Em Portugal, o modelo PPP adoptado na saúde, até à data, foi o DFBO (Silva, 2009). A experiência portuguesa dividiu-se em duas vagas: a primeira, em que existem duas PPP (uma para o edifício, e outra para a gestão dos serviços clínicos), e uma segunda vaga em que os serviços clínicos estão excluídos (DGTF, 2012).

Na primeira vaga, por existirem duas entidades privadas gestoras do activo, os prazos contratuais e as modalidades de pagamento são diferenciados. A sociedade gestora do edifício possui um prazo máximo de 30 anos de exploração revertendo, no fim deste período, o edifício a favor do Estado sem qualquer encargo. Os pagamentos a esta entidade iniciam-se após o início do funcionamento da infra-estrutura e da prestação efectiva dos serviços, e de forma periódica conforme acordado no contrato. Por outro lado, a entidade gestora do estabelecimento possui um prazo de 10 anos, renováveis por um total de 30 anos para a exploração do seu contrato. Os

⁶ Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto

pagamentos públicos realizados a esta sociedade não só se efectuam após a prestação do serviço, como terão sempre por base a sua produção estimada de acordo com a prestação dos serviços e a gestão do estabelecimento. Para ambas as sociedades poderão ser definidos, no âmbito do contrato, penalizações e prémios (Silva, 2009).

5.2.2. PPP nos Hospitais

A maioria dos contratos de PPP na saúde tratam-se de contratos hospitalares. Neste âmbito o XIV Governo, anunciou em 2001, um programa para a construção de 5 hospitais em regime PPP (TC, 2009). Com a entrada em funções do XV Governo, em 2002, anunciou-se a segunda vaga de unidades hospitalares que iria incluir a construção de mais cinco hospitais de substituição (TC, 2009).

Este programa, procurava uma melhoria do acesso aos cuidados básicos e especializados de saúde por parte das populações, a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a construção de modernas unidades hospitalares e a adopção de um modelo de gestão de natureza empresarial, mais económico, eficiente e eficaz, baseado na transferência dos riscos para um parceiro privado (Simões, 2004). O programa PPP saúde pretende, assim, lançar 10 novos hospitais e foi dividido em duas vagas de hospitais: uma primeira vaga, que incluiu os hospitais de Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira; e uma segunda vaga que comporta os hospitais de Todos os Santos, Faro, Seixal, Évora, Vila Nova de Gaia e Póvoa do Varzim/Vila do Conde (Relatório das PPP da DGTF, 2012).

Segundo o relatório das PPP emitido pela DGTF (2012), os encargos líquidos para o Estado com as PPP na saúde apresentaram um valor 43% superior ao de 2011 e a análise dos fluxos com as parcerias da saúde ficou 7% acima do valor esperado, o que se justifica pelo crescimento dos serviços oferecidos aos utentes, pelo início do funcionamento da unidade de gestão clínica hospitalar de Vila Franca de Xira e pela entrada em exploração do novo Hospital de Braga. Neste relatório, a DGTF prevê uma redução dos encargos

com as PPP no sector da saúde por volta do ano 2018, com tendência decrescente.

5.2.3. PPP para outras Entidades de Saúde

Juntamente com os projectos hospitalares incluídos no programa de PPP de primeira vaga, foram lançados os projectos de gestão do Centro de Atendimento do SNS e de gestão do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS), que se encontram neste momento em fase de exploração (DGTF, 2012). O CMFRS, encontra-se a cumprir o contrato, na medida em que a duração deste é de sete anos e iniciou funções em 2006 (Contrato de Gestão do CMFRS em Regime de PPP, 2006). Por outro lado, o Centro de Atendimento do SNS, com um prazo inicial de quatro anos e após um ano de prorrogação, realizou nova adenda ao contrato, tendo o Governo autorizado a manutenção da exploração do centro, até à celebração de novo contrato de prestação de serviços para a sua exploração (Adenda ao contrato de prestação de serviços relativo ao Centro de Atendimento SNS em regime de PPP, 2011).

5.2.4. Projectos

De acordo com a DGTF (2012), em 2011, encontrava-se em construção o Hospital de Vila Franca de Xira e em exploração o Centro de Atendimento do SNS, o CMFRS e os hospitais de Cascais, Braga e Loures.

5.2.5. Avaliação da Experiência

De acordo com o Tribunal de Contas (2009), o desempenho do programa possuía, já em 2009, alguns aspectos menos positivos. Tal é explicado, em grande medida, pela complexidade e inovação do modelo utilizado. Contudo, por se tratarem de factores conhecidos desde o início do programa, o TC considera que, não devem ser utilizados como justificação da derrapagem do programa PPP/Saúde, constatada no relatório da Auditoria ao Programa de PPP da Saúde sobre a Primeira Vaga de Hospitais. A inclusão do risco clínico determinou a complexidade do objecto de concurso, tendo também obrigado o Estado a uma análise, avaliação e negociação mais complexas, o revelou um

impacto negativo no cumprimento dos prazos pré-estabelecidos (TC, 2009). Esta complexidade exigia um rigor extremo, aquando do planeamento dos contratos, que não se verificou (TC, 2009).

As negociações da primeira vaga de hospitais ocorreram através de ensaios de soluções por parte do Estado, acompanhados de sucessivas alterações às propostas em concurso, demonstrando uma ineficácia da gestão pública, e resultando num processo demasiado longo de negociações, o que justifica em parte a derrapagem mencionada (TC, 2009). O tempo decorrido para a concretização das etapas processuais, que não só foi além do prazo estipulado como, por vezes, triplicou este prazo, consistiu no principal defeito apontado a esta vaga. De todas as fases contratuais, a fase de avaliação das propostas foi a que apresentou maiores atrasos (TC, 2009).

O sucesso das PPP foi condicionado pelo aparente facilitismo associado às PPP, que levou a alguma precipitação na opção de adopção deste regime, e no lançamento das PPP/Saúde em vagas sucessivas. A inexperiência do Estado e a ausência de um projecto-piloto foram também consideradas falhas no programa, na medida em que as deficiências de gestão poderiam ter sido limitadas a um projecto (TC, 2009). O lançamento das PPP em vaga levou também a uma acumulação de transacções, ao nível das entidades e estruturas públicas intervenientes, que levou a uma incapacidade de resposta provocada por recursos insuficientes. O facto dos cadernos de encargos terem sido inspirados numa óptica semelhante à seguida na contratação pública tradicional, introduziu um desequilíbrio no quadro de referência da partilha de riscos. A presença de lacunas de informação e de conceitos vagos, levou a uma dificuldade na apresentação e avaliação das propostas, e a existência de uma fase de negociação final não competitiva, contribuíram para o arrastamento dos concursos (TC, 2009).

De modo a ultrapassar estas lacunas foram estabelecidas uma série de medidas, com o objectivo de conferir maior eficácia e economia dos procedimentos, simplificando processos, reduzindo prazos globais e custos de transacção para ambos os parceiros (TC, 2009).

Por outro lado, segundo Silva (2009), um ponto positivo do modelo português consiste no facto de respeitar os objectivos da política governamental do Eurostat, para que os activos envolvidos nos contratos PPP não sejam contabilizados nas Contas Nacionais, que refere que o parceiro privado deve suportar o risco de construção e o risco de disponibilidade ou o de procura. Nesta medida Portugal satisfaz estes requisitos quando responsabiliza o parceiro privado pela concepção, construção, financiamento e gestão da infra-estrutura e pelos serviços de saúde. Por outro lado, ao transferir o risco dos serviços clínicos, o sector público poderá prejudicar-se, uma vez que ao aumentar o risco, o parceiro privado está também a aumentar o prémio de risco do investimento e consequentemente a usufruir de uma maior taxa de retorno (Silva, 2009).

O Relatório do TC sobre as actividades e Contas de 2012, refere que um dos riscos para a sustentabilidade das finanças públicas são os encargos futuros com as PPP (TC, 2013). A mesma entidade, em 2009, no que respeita o Hospital de Cascais, não é capaz de identificar o seu sucesso ou insucesso porque, entre outros, não foram quantificados os custos globais do projecto, avaliado o custo-benefício resultante da cedência do direito de superfície do terreno, avaliados os riscos e a sua partilha, nem elaborado um estudo que permitisse aferir a comportabilidade orçamental do projecto face ao programa PPP Saúde (TC, 2009).

Por fim, e apesar do balanço negativo conferido a esta primeira vaga de PPP Saúde, é de referir que, de acordo com o relatório mais recente sobre PPP da DGTF (2012), se prevê que os encargos com a saúde para o sector público, possuam tendência a decrescer a partir de 2018 e que segundo o Orçamento de Estado para 2013, não se prevêem riscos orçamentais assinaláveis, na medida em que os valores são apurados anualmente, tendo em conta os valores esperados da procura e de custos.

6. ANÁLISE: REINO UNIDO VERSUS PORTUGAL

Por forma a melhor analisar as semelhanças e diferenças entre Portugal e o Reino Unido apresenta-se, em seguida a tabela I que procura sumarizar as características chave das abordagens às PPP descritas ao longo dos capítulos anteriores, e a tabela II que efectua uma avaliação dos pontos positivos e negativos das duas experiências.

Tabela I – Comparação entre as experiências do Reino Unido e Portugal, nas PPP da Saúde.

	Reino Unido	Portugal
Regulamentação das PPP	<ul style="list-style-type: none"> • Contratos redigidos com base em contratos já existentes e em <i>guidelines</i> do <i>HM Treasury</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • DL n.º 111/2012, de 23 de Maio • DL n.º 141/2006, de 27 de Julho (especificamente para o sector da saúde)
CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizado em todos os projectos • Corrigido de um <i>optimist bias</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Usado a partir de 2006, nos hospitais
Sectores	<ul style="list-style-type: none"> • Transportes • Saúde • Energia • Educação • Alojamento • Serviços Públicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente e Desperdícios • Serviços Sociais • Defesa • Tecnologias de Informação
Cumprimentos dos prazos na entrega dos projectos de construção pelo sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Maioria dos projectos entregues dentro do prazo e do orçamento estipulados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua maioria, os prazos de entrega foram cumpridos.
Contexto em que surgem as PPP na saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Revitalizar as infra-estruturas do NHS 	<ul style="list-style-type: none"> • Revitalização e modernização o SNS
Modelo PPP na saúde/tipo de contrato	<ul style="list-style-type: none"> • DFBO • LIFT • Sem inclusão dos serviços clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> • DFBO • Com a inclusão dos serviços clínicos na 1ª vaga • Sem inclusão dos serviços clínicos na 2ª vaga.
Duração do contrato	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 25 a 30 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 anos para a gestão do edifício • 10 anos (renováveis) para a gestão do estabelecimento
Projectos em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • 152 hospitais operacionais • 23 outras entidades em exploração 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 hospitais operacionais • 2 outras entidades em exploração

Fonte: Autora

Tabela II – Avaliação das Experiências do Reino Unido e Portugal

Pontos positivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos e experiência do sector privado na inovação e gestão dos riscos; • Entrega dos edifícios com elevada qualidade e dentro do orçamento e prazo estipulados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos e experiência do sector privado em projectos públicos; • Possibilidade de maior eficiência na maior despesa do sector público – serviços clínicos; • Maior flexibilidade dos contratos de gestão do estabelecimento
Pontos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Demora dos processos de adjudicação; • Inflexibilidade de alterar os contratos após o início da fase operacional; • Falta de transparência sobre as consequências e retornos; • Transferência inapropriada dos riscos; • Utilização de PFI em alguns projectos de modo inapropriado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações “experimentalistas” dos primeiros contratos de PPP; • Complexidade dos projectos; • Atrasos nos processos contratuais; • Ausência de um projecto piloto na 1ª vaga de PPP; • Incapacidade de resposta do sector público às propostas do sector privado; • Falta de transparência relativamente às intenções do Estado.
Reformas dos programas PPP	<ul style="list-style-type: none"> • PF2 em substituição do PFI 	<ul style="list-style-type: none"> • DL n.º 111/2012, de 23 de Maio, em substituição do DL n.º 86/2003, de 26 de Abril

Fonte: Autora

Pela análise da tabela é possível determinar que apesar do programa PPP em Portugal ter sido elaborado com base no modelo britânico, apresenta diferenças de dimensão significativa sobretudo no sector da saúde.

Em relação ao modelo britânico a estrutura contratual das PPP saúde em Portugal apresenta duas diferenças fundamentais: o facto do contrato de parceria entre as entidades pública e privada, ser elaborado entre duas sociedades privadas distintas; e a inclusão dos serviços clínicos no pacote dos serviços a prestar. O facto de, em Portugal, os pagamentos do Estado serem feitos sob a forma de pagamento único, segundo o definido no caderno de encargos do contrato, difere do modelo britânico em que os pagamentos acontecem com distinção entre as componentes afectas ao edifício e aos serviços efectivamente prestados.

Portugal possui um quadro legal que regulamenta as PPP e a formulação dos seus contratos, enquanto que o Reino Unido apenas no PF2, procura *standardizar* os contratos PPP.

Relativamente à aplicação do CSP, à obtenção de VfM e à selecção do projecto mais vantajoso, verifica-se um maior rigor na experiência do Reino Unido, apesar de alguns projectos menos bem sucedidos.

No que respeita o número de projectos e os sectores em que existem PPP, o Reino Unido revela uma aplicação muito mais extensa que Portugal.

Apesar das diferenças é perceptível que a opção de utilizar as PPP na saúde em ambos os países, ainda que em cenários temporais muito diferentes, incorreu da necessidade de modernizar o SNS do país associada à falta de capital, por parte do Estado para investir nestes projectos.

Pela análise dos pontos positivos e negativos das PPP verifica-se que os principais problemas incorrem da demora na adjudicação dos projectos e da falta de transparência por parte do Estado e dos investidores, nas suas intenções e nos seus ganhos, em ambos os países. Em Portugal verificam-se outros aspectos negativos provenientes da complexidade inerente aos seus contratos PPP/Saúde de 1ª vaga associados à inexperiência do país e à ausência de um projecto piloto. No entanto, pelo lado positivo, em ambos os países foi aproveitado o conhecimento e experiência dos parceiros privados na construção de infra-estruturas, respeitados os prazos estabelecidos após a assinatura do contrato e poupados ao Estado os custos de atrasos na entrega dos edifícios.

A avaliação da experiência de ambos os países por parte dos Governos, instigou a formulação de reformas aos programas PPP iniciais, pelo que é possível afirmar que ambos os países procuram aprender com a sua experiência e colmatar as limitações com as quais se têm vindo a deparar, de modo a que em projectos futuros o VfM seja realmente relevante para o Estado.

7. CONCLUSÃO

A participação do sector privado em projectos públicos é, cada vez mais, uma realidade nos países europeus. Por esta razão entender o modo como esta participação se verifica, revela-se um assunto imperativo na sociedade de hoje. No sector da saúde, perante a necessidade de renovar o sistema público de prestação de cuidados de saúde, é observada uma tendência crescente para a abordagem deste regime.

Assim, como objectivo principal deste estudo procurou-se descrever as experiências de Portugal e do Reino Unido com as PPP, particularmente no sector da saúde, e inferir sobre os resultados obtidos. Para este objectivo, procurou-se responder às seguintes questões: 1) Como é que o Reino Unido organiza as PPP na saúde e quais os resultados obtidos? 2) Como tem decorrido a experiência neste campo em Portugal? 3) Que lições se retiraram da comparação destes dois países?

Os modelos PPP saúde nos dois países diferem, sobretudo, no facto de no caso de Portugal, a prestação dos serviços clínicos estar incluída nos contratos portugueses, como responsabilidade do sector privado. No entanto, esta abordagem revelou-se ambiciosa devido, tanto à inexistência de projectos deste tipo com sucesso na Europa, como à inexperiência do país com a utilização de PPP na saúde, associada à ausência de um projecto piloto e ao lançamento do concurso para a construção de 10 novos hospitais, em regime PPP.

No Reino Unido, verificou-se que a existência de projectos de PPP na saúde com resultados abaixo do esperado se deveu, frequentemente, ao facto de o VfM ter sido calculado com uma tendência optimista, não levando em consideração todos os riscos e parâmetros que influenciam o VfM. Mesmo considerando o facto de o início das PPP em saúde se ter devido à necessidade de revitalizar o NHS, num cenário em que o Estado não possuía o capital necessário para este investimento, e que neste contexto não se tenham considerado todos os parâmetros capazes de influenciar o verdadeiro contributo das parcerias para o Estado. No entanto, actualmente, o *HM Treasury* exige uma análise mais rigorosa. Para essa análise passa a propor

uma avaliação do VfM, tendo em consideração os desvios encontrados em projectos anteriores.

Os hospitais em regime PPP em Portugal, possuem uma história recente (entre 4 e 1 ano de existência). Por este motivo, não foi possível obter resultados significativos da abordagem portuguesa às PPP em saúde, que permitissem elaborar análises mais robustas que colaborassem na avaliação da contribuição das PPP na despesa com saúde por parte do Estado. No entanto, a informação existente revela o sucesso do Centro de Atendimento do SNS em regime de PPP e a incapacidade de determinar o sucesso do Hospital de Cascais em regime PPP.

Pela pouca transparência de ambos os sectores, em ambos os países, não se encontram avaliações robustas e significativas das reais consequências da parceria para ambos os parceiros e para os contribuintes. Neste contexto ambos os países introduziram reformas que insistissem na transparência e rigor dos contratos.

Outros factores comuns a ambos os países tratam-se dos atrasos revelados no processo de adjudicação do projecto (superiores no caso de Portugal), e a entrega a tempo e dentro do orçamento das infra-estruturas do projecto por parte do parceiro privado.

Sendo a principal limitação deste trabalho a falta de transparência dos projectos, o que não permite concluir sobre o verdadeiro benefício dos projectos existentes, é possível que decorrida a implementação das recentes reformas políticas relativas às PPP, a determinação das verdadeiras vantagens destes dois modelos seja mais conclusiva.

Estudos mais detalhados sobre as PPP em saúde poderão ser abordados, no futuro, de acordo com uma avaliação mais detalhada do tema, com acesso a mais informação, proveniente das novas reformas a entrar em vigor em ambos os países. Ainda sobre a possibilidade de, futuramente, desenvolver este tema, seria de interesse comparar os casos de diferentes hospitais em regime PPP, tanto no Reino Unido como em Portugal, e detectar os pontos positivos e negativos dos projectos, procurando concluir sobre a melhor aplicação deste regime no sector da saúde. Pela história recente da

utilização das PPP no sector da saúde em Portugal, seria também aliciante estudar a experiência portuguesa tendo decorrido um tempo superior desde o início das PPP em saúde e com acesso a mais informação, procurando traçar um futuro previsível para os hospitais em regime PPP.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alshawi, A. (2009). *Concept and Background to Public Private Partnership (PPP)/Private Finance Initiative (PFI) UK Experience*. Bagdad, Iraque: Iraq Institute for Economic Reforms
- Bourn, J. (2003). *PFI: Construction Performance*. Londres: National Audit Office (NAO).
- Bourn, J. (2005). *Innovation in the NHS: Local Improvement Finance Trusts*. Londres: National Audit Office (NAO).
- Cabral, N. (2009). *As parcerias público-privadas*. 1ª Ed. Coimbra: Edições Almedina.
- Clifton, C. e Duffield, C. (2006). Improved PFI/PPP service outcomes through the integration of Alliance principles. *International Journal of Project Management* 24 (7), 573-586
- Cossalter, P. e Marais, B. (2001) *Introduction à la Private Finance Initiative*. França: Intitut de la Gestion Délégée
- Davies, P. e Eustice, K. (2005). *Delivering the PPP promise. A review of PPP issues and activity*. Bruchelas: PricewaterhouseCoopers
- Esty, B. (2004) *Modern Project Finance: A Casebook*. 1ª Ed. Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Gaffney, D., Pollock, A., Price, D. e Shaoul, J. (1999). NHS capital expenditure and the private finance initiative—expansion or contraction?. *British Medical Journal* 319 (7201), 48-51

- Gomes, C. et al. (2007). *Parcerias Público-Privadas e Justiça. Uma análise comparada de diferentes experiências*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Hardcastle, C. e Boothroyd, K. (2003). Risks overview in public-private partnerships. In: Akintoye, A., Matthias, B. E Hardcastle C., (Eds) *Public-Private Partnerships - Managing risks and opportunities*, Oxford: Blackwell Science, pp 31-58.
- Marques, R. e Silva, D. (2008). As Parcerias Público-Privadas em Portugal. Lições e Recomendações. *Revista de Estudos Politécnicos* 6, 33-50.
- McKee, M., Edwards, N. e Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of The World Health Organization* 84, 890-896.
- Pombeiro, A. (2003). *As PPP-PFI: Parcerias Público Privadas e a sua Auditoria*. Lisboa: Áreas Editora.
- Price, D., Gaffney, D. e Pollock, A. (1999). *The Only Game in Town? A report on the Cumberland Infirmary Carlisle PFI*. Newcastle: UNISON Northern Region.
- Reich, M. (2000). Public-Private Partnerships for Public Health. *Nature Medicine* 6, 617-620.
- Ribeiro, J. (2004). Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 65-77.
- Sarmiento, J. (2010). Do Public-Private Partnerships Create Value for Money for the Public Sector? The Portuguese Experience. *OECD Journal in Budgeting* 10(1), 1-27.

Semple, A. e Turley, L. (2013) *Public-Private Partnership Health Check: Managing partnerships during their lifetime* [Em linha]. Disponível em: http://www.iisd.org/pdf/2013/ppp_health_check.pdf [Acesso em: Maio, 2013].

Shaoul, J. (2005). A Critical Financial Analysis of the Private Finance Initiative: Selecting a Financing Method or Allocating Economic Wealth. *Critical Perspectives on Accounting*, Volume (16), 441-471.

Silva, P. (2009). *Fundamentos e Modelos nas Parcerias Público-Privadas na Saúde. O Estudo dos Serviços Clínicos*. 1ª Ed. Coimbra: Edições Almedina.

Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 79-90.

Vecchi, V., Hellowell, M. e Gatti, S. (2013). Does the Private sector receive an excessive return from investments in health care infrastructure projects? Evidence from the UK. *Health Policy* 110(2-3), 243-270.

Dissertações:

Barbosa, H (2012). *A importância das parcerias público-privadas e do project finance no sector rodoviário - case study - auto-estradas do atlântico*, (Dissertação de Mestrado). Lisboa, Portugal: Instituto Universitário de Lisboa

Campos, P. (2005). *Comparador Público-Privado no sector das Águas em Portugal*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade técnica de Lisboa

Gil, J. (2004). *Financiación y gestión privada de infraestructuras y servicios públicos. Asociaciones público-privadas* (Tese de Doutoramento). Zaragoza: Universidad de Zaragoza

Neto, R. (2008). *Parcerias Público-Privadas (PPPs)* (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Documentos da internet:

Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2009). *Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório 2009* [Em linha]. Disponível em: http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Relatorios/Relatorio_PPP_2009.pdf

Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2012). *Lista PPP e Concessões – Contratos* [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgtf.pt/parcerias-publico-privadas/lista-ppp-e-concessoes/contratos>.

Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2012). *Lista PPP e Concessões – Em construção* [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgtf.pt/parcerias-publico-privadas/lista-ppp-e-concessoes/em-construcao>.

Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2012). *Lista PPP e Concessões – Infra-estruturas em exploração* [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgtf.pt/parcerias-publico-privadas/lista-ppp-e-concessoes/em-exploracao>.

Direção-Geral do Tesouro e Finanças (2012). *Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório 2012* [Em linha]. Disponível em: http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Relatorios/2012/Relatorio_Anual_PPP_2012.pdf.

HM Treasury. (2003). *PFI: meeting the investment challenge* [Em linha]. Disponível em: <http://www.ppp.mg.gov.br/biblioteca/downloads/Meeting%20the%20Investment%20Challenge%20-%20Estudo%2002.pdf> [Acesso em: Janeiro, 2013].

HM Treasury. (2012a). *A new approach to public private partnerships* [Em linha]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/205112/pf2_infrastructure_new_approach_to_public_private_partnerships_051212 [Acesso em: Março, 2013].

HM Treasury. (2012b) *UK Private Finance Initiative Projects: Summary data as at March 2012* [Em linha]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207369/summary_document_pfi_data_march_2012.pdf [Acesso em: Maio, 2013].

Kappeler, A. (2012). *PPPs and their Financing in Europe: Recent Trends and EIB Involvement* [Em linha]. Disponível em: http://www.eib.org/attachments/efs/econ_note_2012_ppp_and_financing_in_europe_en.pdf [Acesso em: Junho, 2013]

Morse, A. (2010a). *Managing complex capital investment programmes utilising private finance* [Em linha]. Disponível em: http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/06/Managing_Complex_PFI_projects.pdf [Acesso em: Dezembro, 2013].

Morse, A. (2010b). *The performance and management of hospital PFI contracts* [Em linha]. Disponível em: <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/06/101168.pdf> [Acesso em: Dezembro, 2013].

National Audit Office, NAO. (2006). *NAO Good Practice Briefing fo PFI/PPP* [Em linha]. Disponível em: http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2006/04/focus_pfi_ppp.pdf [Acesso em: Abril, 2013].

National Audit Office, NAO. (2010). *Lessons from PFI and other projects* [Em linha]. Disponível em: <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2011/04/1012920.pdf> [Acesso em: Junho, 2013]

Nikolic, I. e Maikisch, H. (2006). *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience.* [Em linha]. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/HNPDiscussionSeriesPPPPaper.pdf> [Acesso em: Fevereiro, 2006].

OCDE. (2011). *From Lessons to Principles for the use of Public-Private Partnerships. Hand-out on 32nd Annual meeting of Working Party of Senior Budget Officials* [Em linha]. Disponível em: <http://www.oecd.org/gov/budgeting/48144872.pdf> [Acesso em: Março, 2013].

The World Bank. (2008). *How to Ensure Value for Money from PPPs: Selected Review of PPP Guidelines* [Em linha]. Disponível em: http://www.visionmumbai.org/images/projects/Document_eM6%20PPP%20Guidelines%20Note012212111042.pdf [Acesso em: Abril, 2013].

Tribunal de Contas. (2008). *Linhas de Orientação (Guide Lines) e Procedimentos para o desenvolvimento de Auditorias Externas a PPP* [Em linha]. Disponível em: <http://www.tcontas.pt/pt/actos/manual/LinhasOrientaPPP.pdf> [Acesso em: Abril, 2013].

Tribunal de Contas. (2009) *Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde. Primeira vaga de hospitais*. [Em linha]. Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/audit-dgdc-rel015-2009-2s.pdf [Acesso em: Abril, 2013].

Tribunal de Contas (2013). *Relatório de Actividades e Contas 2012* [Em linha]. Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_anual/2012/ra2012_externo.pdf. [Acesso em: Junho, 2013].

Legislação:

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 e Agosto de 2002 [Em linha]. Disponível em: http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/DL86_03.pdf.

Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril de 2003 [Em linha]. Disponível em: http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/DL86_03.pdf.

Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio de 2012 [Em linha]. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/05/10000/0270202713.pdf>.

Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho de 2006 [Em linha]. Disponível em: <http://intranet.uminho.pt/Arquivo/Legislacao/CCP/LegislacaoNacional/DL1412006.pdf>

Livro Verde da Comissão Europeia sobre Parcerias Público-Privadas (2004) [Em linha]. Disponível em: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2004/com2004_0327pt01.pdf.