

Universidade Aberta

Parcerias Público-Privadas

Análise do Setor da Saúde: Hospitais

Dissertação de Mestrado em Gestão
MBA

Aluno: Marta Sofia Alves Pereira

Orientador: Prof. Doutor Manuel Mouta Lopes



Dezembro de 2013

Universidade Aberta

Parcerias Público-Privadas

Análise do Setor da Saúde: Hospitais

Dissertação de Mestrado em Gestão

Aluno: Marta Sofia Alves Pereira

Orientador: Prof. Doutor Manuel Mouta Lopes

Dezembro de 2013

Dedico esta dissertação à minha mãe, Cármen, que sempre me apoiou e me ensinou o quanto é importante a educação.

Agradecimentos

Declaro que o texto é da minha autoria e que é da minha responsabilidades eventuais gralhas ou incorreções realizadas no texto apresentado.

Ainda que uma dissertação seja um trabalho individual, nela se refletem contributos de diversa natureza que não podem ser omitidos e que devem ser manifestados. Assim, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor Doutor Manuel Mouta Lopes, meu orientador, pela disponibilidade, paciência e competência científica, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a sua orientação.

Ao meu colega e amigo Vasco, pela prontidão e paciência com que me ajudou na análise dos projetos de investimento. Sem o seu conhecimento e ajuda esta dissertação nunca teria sido realizada.

Ao Ministério da Saúde, pelos documentos que me enviou relativamente aos projetos de parcerias público-privadas, mais precisamente à Administração Regional de Saúde do Norte e à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Dr. João Matos.

À minha mãe e à minha irmã, pelo carinho, força e estímulo que me deram para levar a cabo tão importante tarefa.

Agradeço também a todos aqueles que me apoiaram ao longo destes quatro anos.

A todos o meu muito obrigado!

Resumo

Ao longo da última década, o investimento do setor privado nas Parcerias Público-Privadas tem aumentado de popularidade, inclusive em Portugal, onde tem sido visto como uma maneira de financiar e gerir as infraestruturas ou serviços públicos.

As Parcerias Público-Privadas são caracterizadas como contratos de execução duradoura celebrada entre uma entidade pública e uma entidade privada, tendo como objetivo a prestação de um serviço ou infraestrutura pública, e onde existe a transferência de risco do público para o privado, característica crucial neste tipo de relação.

O *Value for Money* é outro conceito importante numa PPP, e consiste num ganho para a sociedade através da PPP, definindo assim a eficiência e eficácia quer na construção quer na prestação do serviço.

As principais razões para o crescimento das PPP é o constrangimento orçamental que os governos europeus estão sujeitos devido ao Tratado de Maastricht e o facto das PPP não exigirem o investimento imediato pelo setor público, esse investimento é dividido ao longo de vários anos.

As PPP no setor da saúde foram implementadas a 20 de Agosto de 2002 com a publicação do Decreto 185/2002, onde o Governo tinha como finalidade o desenvolvimento da cooperação com o setor privado. O Decreto apresenta uma divisão das Parcerias na saúde em dois programas: a) 1.^a vaga: construção, manutenção e gestão da infraestrutura social; e b) 2.^a vaga: construção e manutenção da infraestrutura social.

As parcerias da 1.^a vaga são quatro, e envolviam a construção, manutenção e gestão dos Hospitais de Cascais, de Braga, Vila Franca de Xira e Loures. Na avaliação dos projetos PPP foi utilizado o comparador público, que não é mais que a melhor estimativa de custo de desenvolvimento do projeto pelo setor público.

O Comparador Público consiste na obtenção de um valor limite para o orçamento do projeto no setor público, tendo que as propostas PPP serem inferiores a este para serem aceites.

Normalmente, a utilização de capitais privados e o envolvimento do parceiro privado são fontes de acréscimo de custos, sobretudo financeiro. Logo, uma PPP só é justificável se os ganhos de eficiência na construção, manutenção e gestão forem suficientes amplos de modo a compensarem o aumento dos custos de financiamento.

Nos projetos de investimento da saúde da 1.^a vaga¹ analisados, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, existiu esse ganho de eficiência, uma vez que o Estado Português conseguiu uma poupança de 696 milhões de euros relativamente ao projeto alternativo apresentado em cada um dos projetos.

Segundo o Tribunal de Contas, nos projetos das grandes unidades hospitalares existe o apuramento de *Value for Money* quer na fase de contratação quer no controlo dos encargos públicos.

A Taxa de Retorno exigida pelos investidores do parceiro privado na PPP é superior à Taxa de Retorno exigida nos projetos da sua empresa, Grupo Mello ou Grupo HPP, dado à transferência e à exposição de risco do setor da saúde.

¹ Da 1.^a vaga, somente o Hospital de Loures não foi analisado, visto que na data em que a informação sobre os contratos foi pedida, 2011, não existia os valores de produção para o cálculo da Entidade Gestora do Estabelecimento.

Abstract

Over the last decade, private sector financing through public-private partnerships (PPP) has become increasingly popular, inclusive in Portugal, as a way of procuring and maintaining public-sector infrastructures.

A Public-Private Partnership is a long-term contract between a public sector and private-sector party, which finality is design, construction, financing and operating a public infrastructure or service. The Transfer of Risk of the public-sector party to the private-sector party is a key element of the relationship among them.

The Value for Money is another key element and an argument of PPP that is the society gain of the project being financed by a PPP, therefore is the efficiency of the building infrastructure or service provided by the private-sector.

The primary reason for their growth is that they not require public sector funding today, in fact the funding is spread over its life. This approach will face the budgetary constraints on infrastructures investments such as Maastricht Treaty limitations on budget deficits in the European Union.

In Portugal, the PPP in the health sector were implemented at August 20th 2002 with the publication of Law 185/2002, where the Government had as a goal the development of the cooperation with private sector. The Law presented a division of the Partnerships in two programs: a) 1st Line: design, construction, maintain and management of the social infrastructure; 2nd Line: design, construction and maintain of the social infrastructure.

The 1st Line partnerships are four and they involved the design, construction, maintain and management of Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures Hospitals. In the evaluation of the projects the government used the Public-Sector Comparator, that it is an assumption that the best alternative through a conventional public-sector procurement.

The Public-Sector Comparator is just the maximum limit value of the budget for the conventional public-sector procurement, which PPP bids should be lower in order to be accepted.

Normally, the private financing and the involvement of the private-sector provide an increase of costs, especially the financing costs. Therefore the PPP project is justified if exist gains of efficiency in the construction, maintain and management bigger than the financing costs.

In the 1st Line health projects² analysed, Cascais, Braga and Vila Franca de Xira, the government had an efficiency gain, where he saved 696 millions of euros if compared with the Public-Sector Comparator

According with *Tribunal de Contas*, the projects PPP involving hospitals, it exist Value for Money whether in term of the construction phase or in the control of the public costs.

The Return Rate of the private-sector investors is higher in Public-Private Partnership comparing with the Return Rate of their own enterprise, Grupo Mello or Grupo HPP, because of the risk transfer and the high-risk demand of the health sector.

² From the 1st Line, only the Loures Hospital was not analysed because when the information was requested, 2011, the production needed for the calculation of the Infrastructure Management was not available.

Índice Geral

	Página
CAPÍTULO I – Introdução	1
1. Enquadramento e objeto do estudo	1
2. Objetivos do estudo	3
3. Metodologia de trabalho	3
4. Conteúdo e esquema conceptual do trabalho	4
CAPÍTULO II - Análise do Setor da Saúde	5
1. O setor da Saúde em Portugal	6
1.1. Enquadramento Macroeconómico	8
1.2. Lógica do Mercado no Setor da Saúde	10
1.3. Intervenção do Estado	12
1.4. Hospitais	13
2. Conclusão	16
CAPÍTULO III - Parcerias Público-Privadas	17
1. Abordagem teórica	18
2. Enquadramento legal	24
3. Realidade Portuguesa	31
4. Conclusão	37
CAPÍTULO IV – Análise Financeira dos Projetos de Investimento	39
1. Problema e Hipóteses de Investigação	40
2. Metodologia	41
3. Avaliação de um Projeto de Investimento	42
3.1. Valor Atual Líquido	44
3.2. Taxa Económica de Retorno do Investimento	46
3.3. Análise de Sensibilidade e Risco	47
3.4. <i>Value for Money</i> e o Comparador Público	48
3.5. Viabilidade Financeira	50
3.6. Tratamento Balanço Contabilístico	50

4. Projetos de Investimento	51
4.1. Projeto Hospital de Cascais	52
4.1.1. Análise Financeira	53
a) Entidade Gestora do Estabelecimento	54
b) Entidade Gestora do Edifício	59
c) Comparador Público vs. PPP	62
d) TIR Acionista Real da PPP vs. yield dos títulos do tesouro vs. Taxa de Retornos dos Acionistas (ROE)	64
4.2. Projeto Hospital de Braga	65
4.2.1. Análise Financeira	66
a) Entidade Gestora do Estabelecimento	66
b) Entidade Gestora do Edifício	71
c) Comparador Público vs. PPP	74
d) TIR Acionista Real da PPP vs. yield dos títulos do tesouro vs. Taxa de Retornos dos Acionistas (ROE)	76
4.3. Projeto Hospital de Vila Franca de Xira	77
4.3.1. Análise Financeira	77
a) Entidade Gestora do Estabelecimento	78
b) Entidade Gestora do Edifício	83
c) Comparador Público vs. PPP	86
d) TIR Acionista Real da PPP vs. yield dos títulos do tesouro vs. Taxa de Retornos dos Acionistas (ROE)	88
4.4. Análise dos resultados obtidos	89
5. Conclusão	93
CAPÍTULO V – Discussão e Conclusões	95
BIBLIOGRAFIA	99
ANEXOS	105
Anexo 1 – Poupança Fiscal no Investimento Privado Hospital de Cascais	107
Anexo 2 – Poupança Fiscal no Investimento Privado Hospital de Braga	109
Anexo 3 - Poupança Fiscal no Investimento Privado Hospital de Vila Franca de Xira	111

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Evolução da despesa corrente nacional em saúde em Portugal	9
Tabela 2 - Fornecimento de Infraestruturas Públicas e Privadas	20
Tabela 3- Comparação entre os três Decretos-Lei	30
Tabela 4 - Concessões do Setor da Saúde	34
Tabela 5 - PPP Saúde em Concurso	37
Tabela 6 - Tratamento Contabilístico das PPP segundo as regras ESA95	51
Tabela 7 - Parcerias Público-Privadas no Setor da Saúde em Edifícios Hospitalares	52
Tabela 8 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Cascais	55
Tabela 9 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Cascais	56
Tabela 10 - Custo por Área de Atividade da PPP da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Cascais	57
Tabela 11 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Cascais	58
Tabela 12 - Custo Anual da Gestão do Edifício PPP do Hospital de Cascais	60
Tabela 13 - Custo Anual da Gestão do Edifício Investimento Público do Hospital de Cascais	61
Tabela 14 - Comparador Público vs. PPP do Hospital de Cascais	62
Tabela 15 – Transferência de Risco anual do Hospital de Cascais	63
Tabela 16 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Braga	67
Tabela 17 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Braga	68
Tabela 18 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Braga	69
Tabela 19 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Braga	70
Tabela 20 - Custo Anual da Gestão do Edifício PPP do Hospital de Braga	72
Tabela 21 - Custo Anual da Gestão do Edifício Investimento Público do Hospital de Braga	73
Tabela 22 - Comparador Público vs. PPP do Hospital de Braga	74

Tabela 23 - Transferência de Risco anual do Hospital de Braga	75
Tabela 24 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Vila Franca de Xira	79
Tabela 25 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Vila Franca de Xira	80
Tabela 26 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Vila Franca de Xira	81
Tabela 27 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Vila Franca de Xira	82
Tabela 28 - Custo Anual da Gestão do Edifício PPP do Hospital de Vila Franca de Xira	84
Tabela 29 - Custo Anual da Gestão do Edifício Investimento Público do Hospital de Vila Franca de Xira	85
Tabela 30 - Comparador Público vs. PPP do Hospital de Vila Franca de Xira	86
Tabela 31 - Transferência de Risco anual do Hospital de Vila Franca de Xira	87
Tabela 32 - Comparação entre o Custo Público Comparável e o valor da PPP dos três Projetos de Investimento	90
Tabela 33 - Resumo Transferência de Risco dos três projetos PPP dos Hospitais	91

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Repartição do Investimento acumulado em regime de PPP por setor	33
Gráfico 2- Repartição do Investimento acumulado por Hospital	35
Gráfico 3 - Repartição dos encargos líquidos do Concedente no 1.º Trimestre 2012	36
Gráfico 4 - <i>Security Market Line</i> do investimento PPP Cascais e Grupo HPP Saúde	64
Gráfico 5 - <i>Security Market Line</i> do investimento PPP Braga e Grupo Mello Saúde	76
Gráfico 6 - <i>Security Market Line</i> do investimento PPP Vila Franca de Xira e Grupo Mello Saúde	88

Índice de Ilustração

Ilustração 1 – O Modelo PPP para as Unidades Hospitalares	41
---	----

Lista de abreviaturas, siglas, símbolos ou acrónimos

BEI - Banco Europeu do Investimento

DBFO - *Design-Build-Finance-Operate*

BOO - *Build-Own-Operate*

BOT - *Build-Operate-Transfer*

BTO - *Build-Transfer-Operate*

CAPM – *Capital Asset Pricing Model*

CAPEX - *Capital Expenditure* (Despesas de Capital)

Ded_t – Componente correspondente às deduções a efetuar em virtude da ocorrência de Falhas de Desempenho no ano t

$Disp_t$ - Componente da remuneração relativa à disponibilidade de unidades hospitalares específicas, como a Urgência, no ano t

EG Ed - Entidade Gestora do Edifício

EG Est - Entidade Gestora do Estabelecimento

EIRR – *Economic Internal Return Rate*

ERR - *Economic Return Rate*

GASEPC – Gabinete de Acompanhamento do Setor Empresarial do Estado (SEE) e Parcerias Público-Privadas (PPP) e das Concessões

IVA – Imposto sobre Valor Acrescentado

Med_t - Componente da remuneração relativa ao consumo de medicamentos, podendo este valor ser positivo ou negativo, no ano t

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OPEX - *Operating Expense* (Despesas Operacionais)

PPP – Parceria Público-Privada

PRO_t - Componente da remuneração relativa à produção de Serviços Clínicos no ano t

PSC - *Public-Setor Comparator* (Comparador Público)

$RAEGEst_t$ – Remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento calculada para o ano t

ROE - *Return of Equity*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TIR - Taxa Interna de Rendibilidade

VAC – Valor Atual dos Custos

VAL – Valor Atual Líquido

VfM - *Value for Money*

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1. Enquadramento e objeto do estudo

Numa perspectiva macroeconómica, ”um investimento representa toda a variação positiva do capital num período determinado (um ano), ou seja, o conjunto dos novos bens de produção criados ou adquiridos nesse período. Respeita, portanto, à formação de novos equipamentos, construções, outros bens de capital e variação de existências”. (Marques; p. 22)

A realização do investimento tem como expectativa de recuperação futura do investimento e de excedentes, tendo como objetivo a determinação e adequação das suas utilidades para a sociedade. (Marques; p.19)

O investimento, quer público ou privado, é fator crucial para a economia de um país e permite o desenvolvimento económico de uma sociedade. O investimento público é normalmente efetuado em infraestruturas: autoestradas, hospitais, escolas, entre outros.

Atual e mundialmente, os governos estão cada vez mais dependentes do investimento do setor privado nos grandes investimentos públicos, uma vez que os orçamentos públicos são limitados.

Tal como os constrangimentos orçamentais, o desenvolvimento tecnológico na saúde, a mudança no nível das doenças quer a nível demográfico, e o aumento das expectativas, levaram ao aparecimento das parcerias entre o público e o privado nos países da OCDE. (Sanni Yaya & Trigub-Clover; 2008)

As Parcerias Público-Privadas, correntemente denominadas de PPP, são um tipo de cooperação entre o setor público e privado, onde deve existir uma parceria de longa duração com benefícios mútuos. Os benefícios mútuos devem proporcionar genuínos benefícios económicos a todas as partes envolvidas, ou seja, deve garantir a justa distribuição dos benefícios (HM Treasury; p. 14):

- entre o setor público e privado: deve ser garantido aos parceiros privados o benefício do projeto e o governo deve garantir que é um negócio justo para o setor público;

- entre as partes envolvidas: garantir que os investidores, consumidores, cidadãos pagadores de impostos e trabalhadores têm acesso ao benefício criado pela parceria, direta ou indiretamente.

As parcerias entre o setor público e privado têm sido um instrumento fundamental para os programas de modernização dos diferentes governos, proporcionando um grande crescimento no setor da construção.

Em países como no Reino Unido, as Parcerias Público-Privadas são um elemento chave na estratégia do Governo com o objetivo de proporcionar uma qualidade superior dos serviços públicos e promover a competitividade do país. (HM Treasury; 2000)

Em Portugal, as PPP também têm sido elemento chave na estratégia de investimento, tendo como objetivo de aproveitar a melhor capacidade de gestão do setor privado nos serviços públicos, visando o melhoramento da qualidade dos serviços prestado e a poupança de recursos. (Decreto-Lei N° 86/2003)

Estas parcerias têm permitido ao setor público beneficiar do dinamismo comercial, inovação e eficiência, onde o setor privado contribui com o seu capital, conhecimentos e experiência (HM Treasury; 2000). Logo, estas parcerias permitem melhor utilizar os recursos públicos, usufruindo da especialização dos parceiros privados.

As concessões PPP têm sido lançadas em todo o mundo com o mesmo objetivo: *Value for Money*. *Value for Money* é um elemento racional da concessão, onde o governos procuram otimizar os recursos e encontrar um equilíbrio entre os custos e benefícios, porém a sua quantificação é extremamente difícil. (Dawulf & others; p. xiii)

As parcerias no setor social são complexas por natureza, requerendo determinadas e específicas aptidões. Em geral, as infraestruturas de saúde são relativamente em menor escala comparativamente às infraestruturas económicas: os ativos têm valor de capital mais baixo logo existe uma dificuldade em gerar retorno de investimento, tornando-as assim menos atrativas para o setor privado. (Dawulf & others; p. 67)

Normalmente, os hospitais são o único ativo da saúde que em termos de tamanho e objetivo são suficientemente atrativos para o setor privado. Os hospitais são considerados mais complexos relativamente a outros ativos, devido ao conhecimento técnicos necessários envolvidos na implementação tecnológica avançada e uma organização. (Dawulf & others; p. 67)

A concessão de hospitais normalmente envolve o desenvolvimento e construção de uma nova estrutura de saúde. A complexidade organizacional e técnica são as maiores dificuldades na concessão dos hospitais. (Dawulf & others; p. 67)

O sucesso da concessão PPP depende de vários fatores institucionais e características do projeto, dado que uma PPP não é um simples contrato ou um novo modelo de adjudicação ou um novo modelo de financiamento. Neste tipo de contratos é estabelecido um novo tipo de relação, onde são utilizadas novas competências e habilidades. (Dawulf & others; p. xiv)

O propósito desta dissertação é: “Como tem sido realizada a implementação do instrumento financeiro Parcerias Público-Privadas em Portugal no sector da saúde? Como tem sido a sua evolução? As PPP têm um impacto positivo na economia portuguesa?”

2. Objetivos do estudo

Os objetivos da presente dissertação são:

- identificar e analisar financeiramente os projetos de investimento financiados através de Parcerias Público-Privadas no sector da saúde, mais precisamente nos hospitais;
- identificar as vantagens vs. desvantagens e benefícios vs. custos na implementação de projetos no sector da saúde financiados via PPP para Portugal.

3. Metodologia de trabalho

Na avaliação dos projetos, tendo em conta a informação pública e disponível sobre os investimentos, será feita uma análise comparativa entre:

- a) TIR do projeto PPP;
- b) ROE dos Privados;
- c) *yield* das obrigações públicas.

As PPP nos hospitais são três: Hospital de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira. De salientar que o Hospital de Loures, parte da 1.^a vaga, que não irá ser analisado, visto que na data em que a informação foi pedida, 2011, anda não se encontrava disponível qualquer informação sobre a produção da gestão do estabelecimento.

4. Conteúdo e esquema concetual do trabalho

A dissertação está organizada do seguinte modo:

Capítulo I – Introdução: Breve introdução do tema de estudo da dissertação e apresentação dos objetivos do estudo e a sua estrutura concetual;

Capítulo II – Análise do Setor da Saúde: No Capítulo II é apresentado do setor da saúde em Portugal: enquadramento macroeconómico em Portugal, a Lógica do Mercado, Análise da Intervenção do Estado e as Entidades Hospitalares Portugueses;

Capítulo III – Parcerias Público-Privadas: No Capítulo III é apresentado o tema de estudo da dissertação, as Parcerias Público-Privadas: abordagem teórica, apresentação dos seus elementos chave e os diferentes tipos de contrato, o seu enquadramento legal e a Realidade Portuguesa sobre o investimento em PPP;

Capítulo IV – Análise Financeira dos Projetos de Investimento: No Capítulo IV é apresentado a análise financeira dos três projetos de investimento PPP no setor da saúde em Portugal: teorias de Análise Financeira e a análise financeira dos três projetos da saúde contratados;

Capítulo V – Discussão e Conclusões: No último Capítulo são apresentadas as conclusões, limitações do estudo e as propostas com o objetivo de melhorar a implementação de projetos através do instrumento financeiro PPP em Portugal.

CAPÍTULO II

ANÁLISE DO SETOR DA SAÚDE

O setor da saúde ocupa um lugar muito visível na sociedade, seja em termos económicos, sociais ou meramente mediáticos (Pita Barros; 2009). Sendo parte integrante da economia nacional, submetendo-se assim a políticas de restrições orçamentais e à necessidade de redução substancial da despesa pública.

A saúde é um dos setores que mais evoluiu em Portugal nos últimos 40 anos: no seu desenvolvimento investiu-se na ampliação da oferta de cuidados de saúde (aumento da cobertura e generalização da acessibilidade) e o acréscimo de recursos (humanos, financeiros e técnicos) alocados a este. Tal como a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) onde se induziu a generalização do acesso aos cuidados de saúde. E com a concretização de tudo isto atingiu-se importantes indicadores demográficos e de saúde, passando Portugal a situar-se ao nível dos países mais desenvolvidos. (Eira; 2010)

Porém, nos últimos anos, o aumento da despesa no setor da saúde e a forte intervenção do Estado no setor têm sido fruto de vários debates na sociedade. Desta forma, compete ao Estado, como menciona a Constituição da República Portuguesa, “assegurar o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde, sendo o seu financiamento assegurado pela via fiscal” (Fonte: Art. 64º da Constituição da República Portuguesa) através do Serviço Nacional da Saúde.

Logo, torna-se importante analisar o setor da saúde e a procura de mecanismos que melhorem o seu funcionamento, satisfazendo ao mesmo tempo as necessidades da população. A utilização eficiente dos recursos, o controlo das despesas e a solidariedade no financiamento são condicionantes de um acesso equitativo de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. (Rego; 2008)

Neste capítulo será feita uma abordagem geral ao setor da saúde, com uma apresentação do seu enquadramento macroeconómico em Portugal, a Lógica do Mercado, análise da Intervenção do Estado e, por último, caracterização das entidades hospitalares.

1. O setor da Saúde em Portugal

O setor da saúde, tal como nos outros setores de atividades, existem trabalhadores e equipamento produtivo, preços implícitos ou explícitos, contudo existem aspetos específicos que o diferencia dos outros e o torna único.

Segundo Pita Barros (2009; pp 30-33), os fatores cruciais de distinção do setor da saúde dos outros setores são:

- Presença de incerteza – no momento em que se necessita de cuidados médicos, o custo do cuidado médico, estado de saúde, tratamento adequado, entre outros;
- Papel das instituições sem fins lucrativos – muitas das instituições que intervêm no setor não têm como objetivo o lucro, embora procurem obter excedente económico;
- Forte juízo ético – o juízo ético é o “princípio geralmente aceite de que ninguém deve ser privado de cuidados médicos em caso de necessidade, independentemente das suas condições financeiras” (Pita Barros Pedro; 2009).

Em Portugal, tal como em muitos outros países, existe uma intensa participação do Estado no setor da saúde, onde este cumpre papéis diferentes e muitas vezes, contraditórios: responsabilidade financeira das despesas em cuidados médicos assegurados pela recolha de impostos, produtor e fornecedor de serviços de cuidados médicos e Estado-Regulador do setor. (Pita Barros; 2009)

A afetação dos recursos na saúde resulta de uma política planeada e definida pelo Governo Português. Enquanto bem económico e social, não está isenta das regras e pressões do mercado. (Rego; 2008)

O Estado também assume o papel de segurador público através do Serviço Nacional de Saúde, ou seja, o facto de existirem tantos elementos de incerteza no setor da saúde é importante a existência de instrumentos de seguro sociais.

A Constituição da República Portuguesa, no seu Artigo 64º emite a preocupação e o papel do Estado no setor da saúde.

ARTIGO 64º CONSTITUICAO DA REPÚBLICA PORTUGUESA

SAÚDE

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover;
2. O direito à proteção 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 proteção 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, escola e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável;
3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir um racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
 - c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentos;
 - 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 de 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.

Fonte: Constituição da República Portuguesa

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, onde o Estado pretendia “assegurar o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde, sendo o seu financiamento assegurado pela via fiscal” (Pita Barros; 2009).

O aumento da despesa no setor da saúde tem sido base de um intenso debate na sociedade – e eventualmente um pacto social entre os diversos grupos de interesse – com o objetivo de implementar mecanismo de gestão que permitam maximizar a eficiência micro e macroeconómica, de modo a reduzir o desperdício existente no sistema. (Rego; 2008)

1.1. Enquadramento Macroeconómico

Em Portugal, com referência ao ano de 2006, o valor da despesa total de saúde representa 9,9% do Produto Interno Bruto (PIB), onde 7,1% representa a despesa pública e 2,8% a despesa privada. (Relatório e Contas do SNS 2010)

Com base no PIB, Portugal é um dos países da União Europeia que regista um dos pesos mais elevados no setor da saúde na sua economia: quinto lugar. Todavia, utilizando o indicador macroeconómico PIB *per capita* o valor é moderado, estando em vigésimo lugar. (Relatório e Contas do SNS 2010)

A despesa corrente pode ser analisada sob duas perspetivas:

- por agentes financiadores: despesa pública e despesa privada;
- por prestadores de cuidados de saúde: hospitais, farmácias, prestadores de cuidado de ambulatório, provisão e administração de programas de saúde pública, resto do mundo, todas as outras vendas de bens médicos, administração e seguros de saúde em geral, estabelecimentos de enfermagem com internamento e de cuidados residenciais especializados e todas as outras atividades.

A componente pública é constituída pelas Administrações Públicas, tais como o SNS, os subsistemas públicos e os fundos de segurança social. A componente privada reporta-se designadamente aos seguros privados, às famílias, às instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias e outras sociedades. (Relatório e Contas do SNS 2010)

Tabela 1 – Evolução da despesa corrente nacional em saúde em Portugal

(em milhares de euros)

DESPESA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pública	7,813.98	8,234.13	8,863.67	9,491.99	10,070.48	10,712.80	10,668.91	11,125.37	11,252.14
Privada	4,021.81	4,219.98	4,201.76	4,473.06	4,933.64	5,259.10	5,469.11	5,796.65	6,034.92
TOTAL	11,835.79	12,454.11	13,065.43	13,965.05	15,004.12	15,971.90	16,138.02	16,922.02	17,287.06
Pública	66.02%	66.12%	67.84%	67.97%	67.12%	67.07%	66.11%	65.74%	65.09%
Privada	33.98%	33.88%	32.16%	32.03%	32.88%	32.93%	33.89%	34.26%	34.91%

Fonte: Construção própria com base no INE – Relatório de Contas SNS 2010

A Tabela 1 - Evolução da despesa corrente nacional em saúde em Portugal – mostra-nos que no período de análise, a despesa corrente nacional tem vindo a aumentar anualmente, bem como a despesa privada. Também no mesmo período de análise, verificou-se uma média de crescimento anual da despesa corrente pública de 4,6% e a despesa corrente privada uma taxa média de crescimento anual de 6,5%. Em média, a despesa corrente pública representou no período 68,2% da despesa corrente, tendo registado um peso decrescente nos últimos anos. (Relatório e Contas do SNS 2010)

Ao longo do período analisado, Conta Satélite de Saúde 2000-2008, o principal agente financiador da despesa corrente total foi o SNS, com responsabilidade pelo financiamento de mais de 50% da despesa.

Relativamente à análise da despesa corrente na saúde na perspetiva por prestadores de cuidados de saúde destacam-se como prestadores principais os hospitais (em média, 38,1%), os prestadores de cuidados em ambulatório (em média, 31,2%) e as farmácias (em média, 21,8%). (Relatório e Contas do SNS 2010)

1.2. Lógica do Mercado no Setor da Saúde

O sistema de saúde não funciona de acordo com as regras puras do mercado, isto é, a teoria económica tradicional não é aplicável (Guilhermina Rego; 2008). A teoria tradicional diz-nos que os mercados funcionam segundo as leis da oferta e da procura, onde o preço e a afetação dos recursos são determinados por estes: a quantidade a distribuir pelos vendedores é influenciada pelo preço que o comprador está disposto a pagar e vice-versa; e o preço que os compradores estão dispostos a pagar depende da quantidade disponível no mercado. Ambas as ações concertadas estabelecem o equilíbrio de mercado e correspondentemente à quantidade e preço de equilíbrio. No mercado a concorrência é perfeita e a afetação dos recursos é eficiente.

Para Rego (2008; pp. 82-88), o bem saúde, cuidados de saúde, apresenta três limitações decorrentes da aplicação de um sistema de mercado:

- Possibilidade de existência de monopólios ou oligopólios – a necessidade de garantir que todos os cidadãos têm acesso à saúde faz com que o Estado tenha de intervir através da regulamentação de forma a evitar abusos de posição concorrencial e uma distorção nos comportamentos da procura;
- Ocorrência de externalidades – a possibilidade de um determinado agente impõe custos ou benefícios a outros através da produção ou consumo de um bem, quer através de um pagamento quer de um recebimento;
- Produção de bens públicos e o seu funcionamento através de pagamentos de impostos – considerar o mercado como a única possibilidade de distribuição do bem saúde poderia não só promover ineficiência como desigualdade, logo o Estado tem de intervir com o objetivo de nunca se comprometer o acesso a este tipo de bem que impõe a existência de equidade no acesso e de universalidade na cobertura.

A eficiência também é visada no setor da saúde, onde a afetação de recursos para a prestação de saúde depende da capacidade em minimizar os custos. Porquanto no setor, os recursos são escassos, sendo uma das suas grandes problemáticas (Rego; 2008). Porém, a busca de eficiência não deve descuidar a busca de um sistema de qualidade, fator importante no bem saúde.

Rego (2008; pp. 65-66) afirma que idealmente a política de saúde deveria, tal como a eficiência, respeitar a equidade: “igualdade de acesso de todos os cidadãos”.

Segundo Rego (2008; p. 69) “dada a escassez de recursos para a saúde, a garantia de igualdade de acesso aos meios disponíveis impõe um racionamento, segundo critérios de justiça e transparência”.

Assim, cabe ao Estado um papel crucial: de promover a justiça social, assegurar a eficiência administrativa e a equidade no acesso, onde a intervenção do Estado é feita através da definição de políticas redistributivas.

O bem “cuidado de saúde” é diferente de um bem e serviço comum, uma vez que o seu consumo não providencia utilidade. Este está associado a um estado de carência por parte do doente, que depois de alcançar o estado de saúde o seu consumo não faz aparentemente sentido. Logo, o bem saúde não seria procurado. (Rego; 2008)

Rego (2008; p. 96) afirma que o setor da saúde caracteriza-se por ter um mercado que é insuficiente, relativamente à procura e onde as regras de concorrência perfeita não conseguem ajustar a procura e a oferta através do aumento do preço, pois este não é fator regulador do mercado.

Na saúde os cidadãos são indiferentes ao preço do bem, pois, atendendo às características do bem, aumentos ou diminuições de preços não promovem necessariamente uma procura maior ou menor. (Rego; 2008)

Outra característica especial do setor é que o consumo de cuidados de saúde é normalmente determinado pelos agentes da oferta, ou seja, os profissionais de saúde definem quais os cuidados de saúde a aplicar e como devem ser administrados e não pela procura. (Rego, 2008)

Os principais intervenientes no setor da saúde são: os profissionais da saúde, empenhados na proteção e promoção da saúde; os economistas e gestores, centrados no controlo da despesa; e o Estado, regulador.

1.3. Intervenção do Estado

Segundo, Silva (2009; pp. 21-24), a natureza e o grau de intervenção do Estado nas economias mistas pode ser estudado segundo três principais correntes de pensamento:

- Estado Mínimo ou Liberal – os principais defensores desta corrente são Adam Smith e David Ricardo, onde o papel do Estado é somente garantir as condições necessárias ao bom funcionamento do mercado. Para assegurar uma eficiente afetação dos recursos existe a livre concorrência que permite ao mercado alcançar o equilíbrio económico, o bem-estar e a justiça social;
- Estado de Bem-Estar (*Welfare State*) – o principal defensor desta corrente foi John Keynes, que admite tal como o Estado Mínimo a afetação eficiente dos recursos através da concorrência. No entanto admite que este nem sempre se autorregula de forma a garantir o equilíbrio espontâneo e a afetação de recursos socialmente justos. Pelo contrário, gera desigualdades sociais, logo existe a necessidade do estado intervir, assumindo o Estado o papel de distribuidor de riqueza e estabilizador macroeconómico, proporcionado assim a afetação eficiente dos recursos;
- Estado Imperfeito – esta corrente parte do pressuposto que os cidadãos defendem, quer na esfera privada quer pública, os seus interesses, logo o Estado é influenciado pelo comportamento dos agentes. Assim sendo, cabe ao Estado defender os interesses gerais do cidadão e não de grupos de interesses individuais tal como a correta afetação dos recursos.

Em Portugal, o papel do Estado no setor da saúde tem sido de intervir no mercado de forma a garantir a eficiência e equidade, conduzindo a economia ao bem-estar social. Para isso, o Estado assumiu o papel de distribuidor de riqueza, através da aplicação de impostos, regulador de mercado e produção do serviço.

A forte intervenção do estado faz com que o setor da saúde tenha um peso muito elevado na despesa pública, tendo vindo a crescer ao longo das últimas décadas. Para esse crescimento têm também contribuído fatores como a inversão da pirâmide etária e a redução do número de nascimentos. (Silva; 2009)

Na década de 70, surge uma nova teoria Moderna Gestão Pública (*New Public Management*) que surgiu num largo conjunto de países da OCDE. A teoria baseia-se nos seguintes princípios: a) tónica nos resultados e seu controlo; b) desagregação das tradicionais e

burocráticas organizações públicas; c) descentralização da autoridade de gestão; d) introdução de mecanismos tipo-mercado, e por último e) serviços orientados para o consumidor. (Silva; 2009)

Com base nesta nova teoria, em 2002 entrou em vigor a nova Lei de Bases da Saúde: Lei 27/2002. A nova lei, por um lado, levou a empresarialização dos hospitais, tendo como objetivo uma melhor eficiência e desempenho económico-financeira do SNS.

O Governo afirmou: “O processo de empresarialização hospitalar insere-se numa política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde que pressupõe a adoção por parte das novas unidades, de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades do utente. Pretende-se que estas unidades, dotadas de maior agilidade e autonomia, disponibilizem um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, e promovam o desenvolvimento e o mérito dos respetivos profissionais”. (Fonte Electrónica: www.hospitaissa.min-saude.pt/Hospitais_SA/Empresar/)

Na última década, o Estado tem ido mais longe, procurando novas e inovadoras formas de organização, com destaque para as parcerias, como setor privado sempre com o objetivo de alcançar uma maior eficiência na afetação dos recursos. (Silva; 2009)

Surgem, assim, as Parcerias Público-Privadas, um “novo modelo organizacional através do qual transfere para o setor privado, ou em associação a este, a produção e provisão direta de determinados bens e serviços público”. (Silva; 2009)

Em síntese, as alterações do papel do Estado na economia visam alcançar um novo ponto de equilíbrio da economia, ou seja, melhor bem-estar social, no qual se verificam uma melhor eficiência na afetação dos recursos disponíveis na economia, entre o setor privado e público. (Silva; 2009)

1.4. Hospitais

Os hospitais são prestadores de cuidados de saúde, não podendo ser considerado uma empresa comum. Os hospitais são instituições diferentes não só pela natureza das suas funções como pela própria organização interna. (Pita Barros; 2009)

Segundo Pita Barros (2009; pp. 250-251) um hospital tem diferentes funções: internamento, investigação, ensino médico, consultório médico e tratamento de ambulatório. Todas estas funções tornam o hospital uma entidade única.

A estrutura interna de um hospital é bastante complexa onde coexiste simultaneamente uma estrutura hierárquica médica e estrutura administrativa. Logo, a relação de poder e autoridade dentro de um hospital é bastante diferente de uma empresa habitual. (Pita Barros; 2009)

Outra característica especial identificada por Pita Barros (2009; p. 250) é o facto da maioria dos hospitais funcionar sem fins lucrativos, por serem oficiais ou por pertencerem a entidades sem fins lucrativos. Desta forma, o seu objetivo poderá diferir da maximização do lucro.

Ricketts (2002; p. 388) identifica três características próprias e muito peculiares dos hospitais: o doente quando se dirige a este, não conhece o produto que está a comprar, encontrando-se assim numa posição de ignorância; o doente compra o que lhe é vendido, não comprando assim o que deseja; e o doente não conhece os benefícios que esse produto lhe trará.

Segundo Ricketts (2002; p. 388) um hospital público caracteriza-se como uma instituição sem fins lucrativos, pois que providência serviços gratuitos aos seus consumidores, competindo aos seus gestores a gestão sustentável da instituição e assegurar que a atividade vá de encontro ao estabelecido pelo governo.

O Ministério da Saúde classifica o hospital como um “estabelecimento de saúde [com serviços diferenciados], dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”. (Fonte Eletrónica: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital: definicao e classifica](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:definicao_e_classificacao))

Concluindo, podemos definir hospital como uma instituição que presta cuidados de saúde de internamento onde os doentes recebem um tratamento médico e onde pode ocorrer “produção” de outras atividades, tais como o ensino médico e a investigação.

O Ministério da Saúde identifica os seguintes critérios para a classificação dos hospitais: área de influência/diferenciação técnica; hierarquização de valências; número de especialidades/valências; regime de propriedade; ensino universitário; situação na doença; ligação entre hospitais. (Fonte Electrónica: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital: definicao e classifica](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:definicao_e_classificacao))

Para o nosso estudo, o critério mais importante é baseado no regime de propriedade ou na origem do financiamento e à figura jurídica.

Relativamente ao regime de propriedade ou origem do financiamento, os hospitais podem ser classificados segundo:

- Hospital oficial: Hospital militar, Hospital paramilitar ou Hospital prisional;
- Hospital privado (Hospital particular) : Hospital privado com fins lucrativos ou Hospital privado sem fins lucrativos;
- Hospital público

Relativamente à figura jurídica, os hospitais podem ser classificados segundo:

- Hospitais como sociedades anónimas (SA) - (artigo 37.º da Lei n.º 49/99, de 22 de Junho);
- Hospitais do setor público administrativo (SPA);
- Hospitais do setor empresarial do Estado (EPE).

Na década de 80, devido ao aparecimento do SNS, houve um aumento de número de hospitais públicos, atingindo o valor máximo de 394 hospitais, porém na década de 90 e ao longo do século XXI, o número de hospitais públicos tem vindo a diminuir devido à transformação de pequenos hospitais concelhios em centros de saúde, e devido à integração de hospitais regionais de pequeno porte em hospitais distritais. (Eira; 2010)

Atualmente cerca de 70% dos hospitais portugueses são públicos, incluindo os oficiais e públicos, e tratam entre 80% e 90% dos doentes. (Pita Barros; 2009)

No período observado, Conta Satélite de Saúde 2000-2008, os hospitais públicos gerais e especializados representaram, em média, 31,8% da despesa corrente em saúde e os hospitais privados 5,2%. (Relatório e Contas do SNS 2010)

Pita Barros (2009) identifica, baseando-se em Delgado (2009), um conjunto de constrangimentos que os hospitais portugueses enfrentaram:

- modelo de financiamento inadequado – pagamento das despesas, sem ter qualquer relação com os resultados produzidos;
- ausência de mecanismos de concorrência – a distribuição dos recursos é feita segundo a oferta e não da livre escolha do consumidor;
- modelo burocrático de gestão;
- acumulação do exercício hospitalar público com a atividade privada – desvio da procura para o setor privado;
- o peso dos serviços de urgência.

Devido a estas dificuldades resulta uma falta de flexibilidade na gestão dos recursos humanos e uma incapacidade em obter os melhores preços, com a melhor qualidade e em tempo útil dos consumíveis e produtos adquiridos para consumo hospitalar.

2. Conclusão

O setor da saúde é um setor com características específicas que o diferencia dos outros e que o torna único e importantíssimo para a sociedade. Daí a forte intervenção do Estado de forma a garantir a acessibilidade de toda a população a um bem – saúde - tão essencial.

Assim sendo, em Portugal, o Estado assume quatro papéis distintos no setor da saúde: financiador, produtor, regulador e segurador, com a finalidade de garantir a eficiência e equidade.

A forte intervenção do Estado no setor da saúde tem levado ao crescimento da despesa no setor, o que tem aumentado a pressão sobre os sucessivos governos sobre os limites e restrições à despesa pública no setor.

Porém, é importante ter em conta que o valor da saúde é subjetivo e intersubjetivamente tão elevado que se torna difícil mensurá-lo, logo não tem um preço, mas compete aos profissionais de saúde adotar o melhor procedimento e que este seja o mais eficiente, tendo em conta os benefícios e custos. (Rego; 2008)

Na última década, o Estado Português tem vindo a procurar novas e inovadoras formas de organização no setor público, seguindo a teoria implementada em vários países da OCDE a Moderna Gestão Pública (*New Public Management*). A teoria Moderna Gestão Pública baseia-se na descentralização da autoridade de gestão e introdução de mecanismos tipo-mercado no setor público.

A implementação das novas formas de organização tem vindo a aumentar a cooperação entre o setor público e privado, onde existe cada vez mais a construção e gestão de hospitais através das PPP e o aumento de aparecimento de novas unidades hospitalares privadas. A discussão sobre a importância da propriedade tem vindo a ter um maior relevo na sociedade portuguesa. No próximo capítulo será apresentado as Parcerias Público-Privadas: caracterização do instrumento financeiro e seu peso na economia portuguesa.

CAPÍTULO III

PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

O termo Parcerias-Público-Privadas teve origem nos Estados Unidos durante a década de 50, onde os setores público e privado se fundiram para a realização de programas educacionais (Yescombe; p. 2). Na Europa, o conceito foi introduzido em 1992 pelo Reino Unido, cuja implementação foi iniciada em projetos na construção de infraestruturas públicas básicas. (Silva; 2009)

Na última década, na Europa o instrumento financeiro Parcerias Público-Privadas (PPP) tem-se desenvolvido em numerosos domínios da competência do setor público: projetos de infraestruturas no setor de saúde pública, educação, transportes e de segurança pública. O aumento a este recurso deve-se em parte às restrições orçamentais que os Estados-Membros da União Europeia se confrontam (CE; 2004a) e a falta de recursos públicos.

Uma Parceria Público-Privada consiste num acordo de longa duração, onde existe a colaboração entre o setor público e privado na provisão de um serviço ou de uma infraestrutura pública, como por exemplo hospitais, estradas, escolas, entre outros.

A diferença deste tipo de contrato de qualquer outro de longa duração é a transferência de risco. Uma PPP pressupõe a transferência de risco do público para o privado, onde o público se abstém de definir os requisitos (de recursos, de processos), focando-se só nos resultados a alcançar e do nível de qualidade pretendido.

Neste Capítulo será feita uma abordagem teórica sobre as PPP: no Ponto 1, a apresentação dos elementos-chave e os diversos tipos de contrato, no Ponto 2, o seu enquadramento legal, quer a nível nacional quer europeu, e por último, no Ponto 3, as PPP em Portugal.

1. Abordagem teórica

O conceito de Parceria Público-Privada não é único nem universal, sendo muitas vezes visto como uma relação assumida entre o setor público e privado.

Segundo a Comissão Europeia uma PPP é “uma expressão que se refere, em geral, a forma de cooperação entre as autoridades pública e as empresas, tendo por objetivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infraestrutura ou a prestação de um serviço”. (Livro Verde; 2004)

Para a OCDE (2008), uma PPP é um “acordo através do qual o setor privado se responsabiliza pela conceção, construção, financiamento e gestão dos ativos de infraestruturas tradicionalmente da responsabilidade do setor público”.

Resumindo as diversas definições: uma Parceria Público-Privada consiste numa relação de longo prazo, 20 a 30 anos, entre uma entidade pública e privada destinada à provisão de um determinado serviço ou infraestrutura, assegurando o seu financiamento, construção, renovação, gestão ou manutenção.

A relação entre público e privado pode assim ser definida segundo um conjunto de elementos comuns nas diversas definições:

- acordo contratual de longa duração entre as partes;
- envolve a conceção, construção, financiamento, manutenção e gestão operacional de uma infraestrutura;
- o setor público mantém a responsabilidade de assegurar a provisão dos bens e serviços;
- transferência de risco entre as partes;
- ênfase na especificação dos *outputs* desejados com o projeto do que com os *inputs*;
- pagamento de várias prestações ao longo da vida do projeto PPP ao setor privado pelo público; e
- a infraestrutura permanece pública ou reverte ao setor público no final do contrato.

No contrato, o setor público especifica quais são os requerimentos em termos de *outputs*, isto é, ele identifica e especifica os serviços públicos que têm de ser fornecidos e não o modo como têm de ser alcançados e fornecidos. Cabe assim, ao setor privado desenhar, financiar, construir e gerir a instalação de modo a alcançar os *outputs* específicos.

A Tabela 2 - Fornecimento de Infraestruturas Públicas e Privadas (Yescombe; p. 12), apresenta uma síntese das diferentes formas de fornecimento de infraestruturas públicas segundo construção, gestão e propriedade da infraestrutura, identificando quem é o pagador e quem é pago.

Segundo Yescombe, a Tabela 2 permite-nos identificar quatro tipos de Parcerias Público-Privadas, classificação feita segundo a natureza do envolvimento do setor privado no projeto e o ponto de vista legal da propriedade da infraestrutura:

- DBFO “*Design-Build-Finance-Operate*” – compete ao setor privado o desenho, a construção, o financiamento e a gestão da infraestrutura, mas a propriedade é do Estado;
- BTO “*Build-Transfer-Operate*” – o setor privado tem como competência a construção da infraestrutura, existindo a transferência desta para o setor público uma vez esta construída;
- BOT “*Build-Operate-Transfer*” – o setor privado tem como competência construir e realizar a gestão da infraestrutura por um determinado tempo para depois transferir esta para o setor público;
- BOO “*Build-Own-Operate*” – neste tipo de contrato, o setor privado constrói e faz a gestão operacional da infraestrutura, sendo a infraestrutura propriedade do setor privado.

Tabela 2 - Fornecimento de Infraestruturas Públicas e Privadas

Projeto Público		Parceria Público-Privada					Projeto Privado
Tipo de Contrato	Modo de Aquisição do Setor Público	<i>Franchise</i>	DBFO*	BTO**	BOT***	BOO****	
Construção	Setor Público ¹	Setor Público ¹	Setor Privado	Setor Privado	Setor Privado	Setor Privado	
Gestão	Setor Público ²	Setor Privado	Setor Privado	Setor Privado	Setor Privado	Setor Privado	
Propriedade	Setor Público ³	Setor Público	Setor Público	Setor Privado	Setor Privado	Setor Privado	
				durante a construção e depois Público	durante o contrato e depois Público		
Quem paga?	Setor Público	Utilizadores	Setor Público e utilizadores	Setor Público e utilizadores	Setor Público e utilizadores	Setor Privado e utilizadores	
Quem é pago?	n/a	Setor Privado	Setor Privado	Setor Privado	Setor Privado	Setor Privado	

*DBFO: Design-Build- Finance-Operate ** BTO: Build-Transfer-Operate; *** BOT: Build-Transfer-Operate; ****BOO: Build-Own-Operate

Fonte: E. R. Yescombe

¹ Normalmente o setor público desenha a infraestrutura e o setor privado constrói.

² O setor público pode fazer um contrato de prestação de serviços com o setor privado.

³ A propriedade da infraestrutura pode ser conseguida através de uma empresa pública relacionada com o projeto.

Porém, é mais comum classificar as Parcerias Público-Privadas segundo a natureza do serviço prestado e o risco transferido inerente no contrato (Yescombe; pp. 13-14):

- Baseado na Utilização - pagamento de taxas baseadas na utilização da infraestrutura, como por exemplo estradas, pontes, entre outros;
- Baseado na Disponibilidade - este está subdividido em três categorias:
 - a) Capacidade: este é muito utilizado nos projetos como hospitais, escolas e prisões;
 - b) Equipamento, sistema e redes: consiste na disponibilidade segundo a taxa de acidentes na estrada, o fecho de vias, entre outros;
 - c) Plano de Produção: é utilizado em estações de tratamento de água e de resíduos.

O risco e a sua transferência, tal como já foi mencionado, é um elemento essencial num projeto PPP. Para melhor compreender o sentido de risco, importa clarificar a sua noção: não é mais que a possibilidade de perda. (Silva; 2009)

De acordo com Yescombe, o risco nas PPP consiste na incerteza de *outcomes* que têm efeito direto na provisão do serviço ou na sua viabilidade financeira. A transferência de risco é importante para a Autoridade Pública e proporciona *Value for Money*.

O *Value for Money*, outro elemento essencial das PPP, é um conceito que avalia a melhor opção de investimento, não tendo somente em consideração o “mais barato”, mas uma combinação de transferência de risco, custo de vida do projeto e o serviço prestado. (Yescome; 2009)

O risco segundo Yescombe pode ser gerido segundo três alternativas: o risco fica na posse da Autoridade Pública; o risco é transferido e fica na posse da Companhia Gestora do Projeto; o risco é transferido para a Companhia Gestora do Projeto e é realocada a uma terceira parte como, por exemplo, as empresas subcontratadas. (2009; pp. 242-243)

Silva (2009; p. 52) afirma que ao transferir o risco para o parceiro privado, o público diminui a sua disposição ao risco, minimizando assim os seus custos e indiretamente possíveis aumentos de impostos. Assim sendo, torna-se necessário na avaliação da quantificação do risco garantir que com a sua transferência se atinja dois objetivos: primeiro, gerar aumentos de eficiência da PPP relativamente ao método tradicional; e segundo, assegurar que os contribuintes se encontram protegidos de consequências financeiras futuras – aumento de impostos.

Segundo Yescombe (2007; pp 18-20), numa Parceria Público-Privada podem ser identificados quatro tipos de risco: a) risco de construção: a maior parte dos projetos envolve a construção de uma grande infraestrutura logo podem ocorrer atrasos e problemas ao longo da construção; b) risco de procura e disponibilidade: a procura e a disponibilidade do serviço pode ser inferior à prevista; c) risco de financiamento: o financiamento privado é mais complicado que o setor público, tendo este que selecionar corretamente o seu parceiro privado e d) risco de gestão e manutenção da infraestrutura: incentivo ao setor privado a construir uma infraestrutura com o mais baixo custo de vida do projeto.

A avaliação da transferência de risco deve ser efetuada em cada projeto e demonstrada com base no comprador público, que irá permitir comparar o custo benefício da PPP com o investimento público. (BEI; 2004)

Um princípio importante na transferência de risco é que este tem de ser controlado, gerido e detido pela parte que o melhor pode controlar ao menor custo, isto também implica que quem o detém, deve geri-lo livremente e da maneira que achar melhor (BEI; 2005). O parceiro que assumir o risco tem toda a liberdade de geri-lo da melhor forma possível. (Yescombe; 2009)

As Parcerias Público-Privadas têm sido alvo de vários debates, onde são apresentados vários argumentos sobre as suas vantagens e desvantagens. Os elementos mais utilizados nesse debate têm sido (Yescombe; pp. 15-28):

- Investimento Público: normalmente é um elemento positivo, uma vez que as PPP permitem ao setor público aumentar o investimento público sem necessidade de financiamento imediato, tendo em conta as restrições orçamentais que os governos estão sujeitos. Porém, com a atual crise financeira, este instrumento veio expor mais a fragilidade das economias pequenas como Portugal;
- Custo de financiamento: um projeto financiado pelo setor privado custa mais que um projeto financiado pelo setor público, porquanto o setor privado está mais exposto ao risco, nas PPP esse custo de capital é em média superior 2-3 pontos percentuais comparativamente ao financiamento público;
- Transferência de risco: a transferência de risco é um elemento chave do *Value for Money*, argumento a favor da realização do projeto via PPP. Nomeadamente quando o risco é transferido, este pode ser melhor gerido pelo privado, permitindo assim um custo inferior relativamente ao financiamento puramente público;

- Economias de escala: os projetos podem beneficiar de economias de escala na construção, uma vez que as empresas de construção adjudicadas não necessitam de operações *start-up* para cada seção ou no uso de equipamento, que pode resultar em poupanças no custo de capital;
- Benefícios na perspectiva financeira de custo de vida do projeto (*Whole-Life Costing*) e manutenção da infraestrutura: o custo de vida do projeto é outro elemento importante do *Value for Money* do projeto, dado que os investidores do setor privado são responsáveis pela construção e gestão da infraestrutura, o que incentiva a construir com base no melhor custo de vida do projeto;
- Competências do setor privado: o envolvimento do setor privado pode trazer um conjunto de benefícios que não estão disponíveis nos projetos financiados puramente pelo setor público, como por exemplo na seleção do projeto, gestão do projeto, em termos de eficiência, inovação, entre outros;
- Novas reformas no setor público: um programa de Parcerias Público-Privadas pode proporcionar um conjunto de reformas do setor público como: a) uma maior transparência na contabilidade pública, pois mostra o projeto, tendo em conta o custo de vida do projeto; b) desenvolvimento de melhores práticas de aquisição, tendo em conta que o setor público tem que analisar e avaliar todas as propostas; c) melhores práticas de gestão, dado que a Autoridade Pública responsável pelo projeto foca-se no planeamento do serviço e na monitorização dos projetos; e por último, d) homogeneidade, isto é, com o desenvolvimento de um número de projetos PPP é possível desenvolver estratégias de *benchmark*;
- Complexidade: os projetos PPP são complexos, de forma que há necessidade de contratar consultores legais e financeiros especializados o que torna os custos de aquisição (*procurement*) mais elevados;
- Flexibilidade: uma Parceria Público-Privada envolve normalmente um contrato de 20 a 30 anos e é um contrato incompleto, isto é, não prevê todas as eventualidades futuras. Essa flexibilidade tem uma relação direta com o *Value for Money*.

2. Enquadramento legal

O modelo de parcerias entre o setor público e privado na saúde foi formalmente implementado através do Decreto-Lei 185/2002 de 20 de Agosto: “define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou instituições e serviços integrados no Serviço de Saúde e outras entidades” (Art.º 1.º).

O DL 185/2002 diz-nos que “uma das prioridades do Governo o aprofundamento das experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial e de mobilização do investimento não público no sistema de saúde, fazendo participar crescentemente os setores privado e social nos diferentes modelos e formas contratuais, com vista a obter uma progressiva racionalização das funções financiamento e contratação e da função prestação de cuidados de saúde.”

Esta assim aberta a porta aos privados na entrada de parcerias em saúde, onde “o regime de gestão e financiamento privados, visam, fundamentalmente, obter melhores serviços com a partilha de risco e benefícios mútuos entre as entidades públicas que têm a responsabilidade pelos serviços públicos e outras entidades que se associam com caráter duradouro” (DL 185/2002).

O Art.º 2.º define o objeto de estabelecimento de parcerias em saúde: primeiro “(...) a associação duradoura de entidades dos setores privado e social à realização direta de prestações de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, ou o apoio direto ou indireto à sua realização no âmbito do serviço público de saúde assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde” e segundo “as parcerias de saúde envolvem uma ou mais atividades de conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos estabelecimentos integrados ou a integrar no Serviço Nacional de Saúde, com a transferência e partilha de riscos e recursos a financiamento de outras entidades”.

O desenvolvimento de parcerias em saúde em regime de gestão e financiamento privados deve respeitar os seguintes princípios: (Art.º 3.º):

- a) Os objetos devem ser claramente enunciados, definindo-se pelos seus resultados e não pelos meios necessários à obtenção destes;
- b) A duração deve ter em conta o período de vida útil dos ativos subjacentes à prestação da atividade objeto da parceria;

- c) A distribuição de riscos deve ser feita atribuindo-os às partes mais competentes para a sua gestão;
- d) O procedimento de contratação deve, em regra, ter um carácter competitivo; e
- e) A contratação deve ser precedida de uma avaliação prévia sobre a sua economia, eficiência e eficácia, bem como de uma análise da respetiva viabilidade financeira.

O novo Decreto-Lei veio assumir particular destaque na reforma da saúde onde “o estabelecimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, de parcerias público/privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados e entidades privadas, ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde” (DL 185/2002; p. 5852).

Em 2003, foi implementado oficialmente em Portugal o instrumento financeiro Parcerias Público-Privadas com a publicação do Decreto-lei N° 86/2003, de 26 de abril. A implementação do Decreto-Lei deveu-se “a similitude entre determinadas atividades prosseguidas por entidades privadas e as subjacentes à prestação de certos serviços públicos”, onde o Estado reconhece a oportunidade de aproveitar a melhor capacidade de gestão do setor privado nos serviços públicos, visando o melhoramento da qualidade dos serviços prestado e a poupança de recursos.

Uma das formas consagradas de tais competências de gestão consiste nos “relacionamentos duradouros com privados, em regime de parceria público-privada” onde existe a transferência de risco, quer tecnológico quer operacional, e a repartição de encargos.

No Art.º 2.º número 1 do referido Decreto-Lei é definido o conceito de parcerias público-privadas: “contrato ou união de contratos, por via das quais entidades privadas, designados por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado”. São considerados parceiros públicos: a) o Estado e entidades públicas estaduais; b) os fundos e serviços autónomos; e por último, c) as empresas públicas e as entidades por elas constituídas com vista à satisfação de interesses comuns.

O Art.º 4.º estabelece as finalidades essenciais das PPP, sendo estas o acréscimo de eficiência na afetação dos recursos públicos e melhoria qualitativa e quantitativa do serviço, induzidas com vista a um controlo eficaz que permita a avaliação constante por parte dos potenciais utentes e parceiro público.

O Art.º 6.º do DL 86/2003 apresenta as condições para um lançamento e contratação que uma parceria público-privada pressupõe:

1. O cumprimento das normas relativas à programação financeira plurianual;
2. A clara enunciação dos objetivos da parceria, com o objetivo de uma atribuição adequada de responsabilidades;
3. A configuração de um modelo de parceria que apresente vantagens para o parceiro público relativamente à outras alternativas de alcançar os mesmos fins;
4. A prévia adequação às normas legais e demais instrumentos normativos;
5. A conceção de modelos de parcerias que não impliquem ou evitem, sempre que possível, a assunção perante os parceiros privados de qualquer cláusula ou regimes indemnizatórios de longo prazo;
6. A adoção, na fase antecedente à contratação, das diligências e a consagração das exigências que se revelem adequadas à obtenção de um resultado negocial economicamente competitivo.

O Art.º 6.º também menciona o estudo económico-financeiro de suporte que terá de ser realizado no lançamento da parceria onde são utilizados parâmetros macroeconómicos definidos no Despacho do Ministro das Finanças, e com base nestes determinada, nomeadamente, a taxa de desconto e as projeções de inflação relativamente ao projeto. Aqui é mencionado um conceito muito importante: o custo público comparável, que consiste na “melhor estimativa que se consegue apresentar do custo de desenvolvimento do projeto, pelo prazo previsto para a parceria, mas admitindo que ele é desenvolvido pelo parceiro público e não pela parceria”. (Direção-Geral do Tesouro e Finanças)

O custo público comparável visa a obtenção de um projeto alternativo ao da PPP e com este obter um valor limite para a orçamentação do projeto numa perspetiva plurianual. (Direção-Geral do Tesouro e Finanças) Ora, os projetos PPP devem apresentar um custo inferior a este.

O projeto alternativo, sem transferência de risco de longo prazo, implica necessariamente um maior risco para o setor público e eventualmente uma menor quantidade e qualidade de serviço prestado. (Direção-Geral do Tesouro e Finanças)

Em 2006, o Decreto-Lei 86/2003 foi revisto com o objetivo de introduzir alterações relevantes ao regime jurídico das Parcerias Público-Privadas. O novo Decreto-Lei 141/2006, de 27 de Julho, tem por objetivo “as parcerias público-privadas” e “foi publicado tendo em vista potenciar o aproveitamento pelo Estado de capacidade de gestão do setor privado, melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados e gerar poupanças consideráveis na utilização dos recursos públicos”.

A revisão legal veio no sentido de corrigir deficiências ou fragilidades do regime vigente, introduzir inovações com o objetivo de reforçar a coesão e articulação entre os diferentes Ministérios, bem como melhorar o sistema de controlo financeiro, quer seja no momento de lançamento da nova Parceria ou seja no momento posterior, pós-assinatura.

O legislador entendeu também como necessário introduzir melhorias nos mecanismos de partilha de risco entre o privado e o público, uma vez que ocorreram situações de acréscimo de onerosidades para o Estado, relativamente às expectativas iniciais ou mesmo aos termos efetivamente contratados. Em ambas as situações verificam-se situações onde não ocorre uma “efetiva transferência de risco para os parceiros privados ou em que, pelo menos, o parceiro público assume compromissos ou assegura taxas de rendibilidade dos capitais privados sem correspondência no perfil de risco efetivo do projeto”. (Decreto-Lei 141/2006)

O Decreto-Lei 141/2006 reduziu o âmbito de aplicação subjetivo, pois passou a considerar como parceiros públicos apenas as “entidades públicas empresariais” e não as “empresas públicas e entidades por elas constituídas com vista à satisfação de interesses comuns”. (Art.º 2.º número 2)

Ainda relativamente ao novo Decreto-Lei emitido em 2006, este protagonizou outra redução, ao excluir “todas as parcerias público-privadas que envolvam, cumulativamente, um encargo acumulado atualizado inferior a 10 milhões de euros e um investimento inferior a 25 milhões de euros”.

A revisão veio também clarificar alguns aspetos relativamente à partilha de risco nas PPP's: primeiro, a reposição do equilíbrio financeiro do contrato quando ocorrem alterações significativas das condições financeiras no projeto; em segundo, introdução do conceito de direito do parceiro público à partilha equitativa dos benefícios financeiros que o privado obtenha, isto é, caso existam benefícios com qualquer refinanciamento do projeto.

Os pressupostos do lançamento e contratação das PPP's, Art.º 6.º, sofreram ligeiras alterações com a introdução do novo DL 141/2006, nomeadamente: a identificação expressa da entidade pública, que tem a responsabilidade de suportar os encargos (Número 1 Alínea g)) e a exigência de obtenção, previamente ao lançamento da Parceria, de declaração de impacto ambiental do projeto (Número 4).

O DL de Julho de 2006, veio também reforçar os poderes de intervenção do Ministério das Finanças, quer a nível de preparação, estudo, avaliação, lançamento e adjudicação quer a nível de fiscalização, acompanhamento e alteração das Parcerias, onde este tem que colaborar com o ministério da tutela setorial.

Em 2012, a crise financeira nacional e os contratos anteriormente celebrados vieram gerar uma revisão profunda ao regime jurídico aplicável às PPP surgindo então um novo decreto-lei, Decreto-Lei 111/2012 de 23 de Maio.

O Art.º1.º do Decreto-Lei 111/2012 tem por objeto: a) definição de normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, lançamento, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global; e b) criação da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projeto.

Este novo decreto-lei tem como um dos principais objetivos a constituição de uma Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, unidade orgânica que tem “natureza de entidade administrativa dotada de autonomia administrativa, na dependência direta do governo responsável pela área das finanças, assume responsabilidades no âmbito da preparação, desenvolvimento, execução e acompanhamento global dos processos de PPP e assegura um apoio técnico especializado ao Governo, e em especial o Ministério das Finanças, em matérias de natureza económico-financeira”. (Decreto-Lei 111/2012)

O Capítulo II, principalmente a Secção I “Preparação do Processo”, do Decreto-Lei especifica a forma de constituição da Unidade, quais as suas especificações técnicas e competências. A equipa deve ser constituída “por cinco ou sete membros efetivos” indicados pelo Coordenador da Unidade Técnica e membro do Governo responsável pela área do projeto e constituída nos “cinco dias subsequentes”.

Mas no ponto de vista financeiro, a principal alteração foi a adoção do conceito *Value for Money*. O Art.º 6.º do DL de 2012 onde são apresentados os pressupostos refere na Alínea h): “A adequação do prazo de vigência da parceria às circunstâncias e características específicas de cada projeto, tendo, designadamente, em consideração o período de reembolso do financiamento, o escalonamento dos pagamentos pelo parceiro público e a vida útil das respetivas infraestruturas”.

O princípio financeiro *Value for Money* é reconhecido na comunidade financeira como uma boa prática de avaliação de projetos de investimento, permitindo melhores resultados que o Custo Público Comparável, porquanto este utiliza no seu cálculo valores exatos que são facilmente manipuláveis. (BEI; 2009)

O Art.º 6.º menciona igualmente a necessidade de: uma enunciação clara dos objetivos da parceria pública e as vantagens que daí recorrem numa perspetiva de análise custo-benefício (Alínea f)), uma análise de sensibilidade quer em termos de procura quer em termos de evolução macroeconómica (Alínea b)), identificação discriminada e detalhada dos riscos a assumir por cada um dos parceiros (Alínea l)), adequada atribuição de responsabilidades e partilha de risco (Alínea m)) e por último, a identificação das situações suscetíveis de, durante o contrato, gerarem partilha de benefícios entre as partes e/ou atribuírem ao parceiro público a totalidade dos respetivos benefícios (Alínea n)).

Concluindo, o Decreto-Lei de 2012 veio exigir “uma análise de comportabilidade orçamental e a realização de análises de sensibilidade orçamental, com vista à verificação da sustentabilidade de cada parceria face a variações de procura e alterações macroeconómicas, contempla-se ainda uma análise custo-benefício e a elaboração de uma matriz de partilha de risco”.

A Tabela 3 - Comparação entre os três Decretos-Lei - apresenta um resumo das alterações feitas ao longo destes novos anos.

Tabela 3- Comparação entre os três Decretos-Lei

	Decreto-lei 86/2003	Decreto-lei 41/2006	Decreto-lei 111/2012
<u>Definição Parceiro Público</u>	Estado e entidades públicas estatais, Fundos e serviços autónomos, e Empresas públicas e entidades por elas constituídas.	Estado e entidades públicas estatais, Fundos e serviços autónomos, e Entidades públicas empresarias.	Estado e entidades públicas estatais, Fundos e serviços autónomos, Empresas públicas, e outras entidades constituídas pelas entidades.
<u>Exclusão de projetos</u>		Cumulativamente um encargo inferior a 10 milhões e investimento inferior a 25 milhões.	Cumulativamente um encargo inferior a 10 milhões e investimento inferior a 25 milhões, a valores atualizados para o momento anterior à decisão da parceria.
<u>Avaliação do Impacte Ambiental</u>	Não aplicável.	Declaração de impacte ambiental quando exigível segundo a lei aplicável.	Declaração de impacte ambiental quando exigível segundo a lei aplicável.
<u>Partilha de Risco</u>	Partilha de Risco entre os parceiros claramente identificada contratualmente.	Partilha de Risco entre os parceiros claramente identificada contratualmente e partilha equitativa de benefícios financeiros.	Partilha de Risco entre os parceiros claramente identificada contratualmente e obrigatoriedade de elaboração de uma matriz de risco, e partilha benefícios financeiros e/ou totalidade parceiro público.
<u>Responsabilidade Pública</u>	Entidade Pública.	Entidade Pública claramente identificada.	Entidade Pública e Unidade Técnica de Acompanhamento do Projeto.
<u>Princípio Financeiro</u>	Custo Público Comparável.	Custo Público Comparável.	<i>Value for Money</i> , com a expressa necessidade de elaboração de uma análise custo-benefício e análise de sensibilidade.

Embora não existindo uma regra ou princípios universais de enquadramento legal e procedimentos no tratamento das Parcerias Público-Privadas, a União Europeia reconheceu a necessidade de harmonização a nível de política orçamental e enquadramento jurídico, emitindo em 2004 o Livro Verde sobre as Parcerias Público-Privadas e o Direito Comunitário em Matéria de Contratos Públicos e Concessões.

O Livro Verde irá assim “analisar o fenómeno das PPP em relação ao direito comunitário em matéria de contratos públicos e concessões”. É reconhecido que o direito comunitário não prevê um regime específico para as PPP, porém este pode ser examinado à luz das regras e dos princípios do Tratado, nomeadamente em matéria de liberdade de estabelecimento e de livre prestação do serviço. Entre estes princípios incluem-se: a) transparência, b) igualdade de tratamento, c) proporcionalidade, e d) reconhecimento mútuo. Além disso, no processo de adjudicação de contratos públicos aplicam-se disposições comunitárias pormenorizadas. (Livro Verde; 2004)

Outro objetivo da publicação deste documento é de “lançar o debate sobre a melhor maneira de assegurar que as PPP se possam desenvolver num contexto de concorrência eficaz e de clareza jurídica”. (Livro Verde; 2004)

O Livro Verde reconhece que a cooperação entre o setor público e privado seja suscetível de proporcionar vantagens macroeconómicas que permitam realizar um projeto com a melhor relação qualidade-preço. Isto é, permite ganhos de eficiência. Contudo, nunca poderá ser apresentada como uma solução milagrosa para o setor público que se vê confrontada com restrições de carácter orçamental.

3. Realidade Portuguesa

As Parcerias Público-Privadas na Saúde foram anunciadas em 2001, num projeto que previa a construção de dez novos hospitais, alguns de substituição outros a construir de raiz.

As parcerias na área de saúde encontram-se divididas em dois programas de PPP (Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório 2011):

- Primeira Vaga – construção, manutenção e gestão da infraestrutura, fazendo parte deste programa o Hospital de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira;

- Segunda Vaga – construção e manutenção da infraestrutura, este programa é constituído pelos hospitais de Lisboa Oriental, Faro, Seixal, Évora, Vila Nova de Gaia e Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

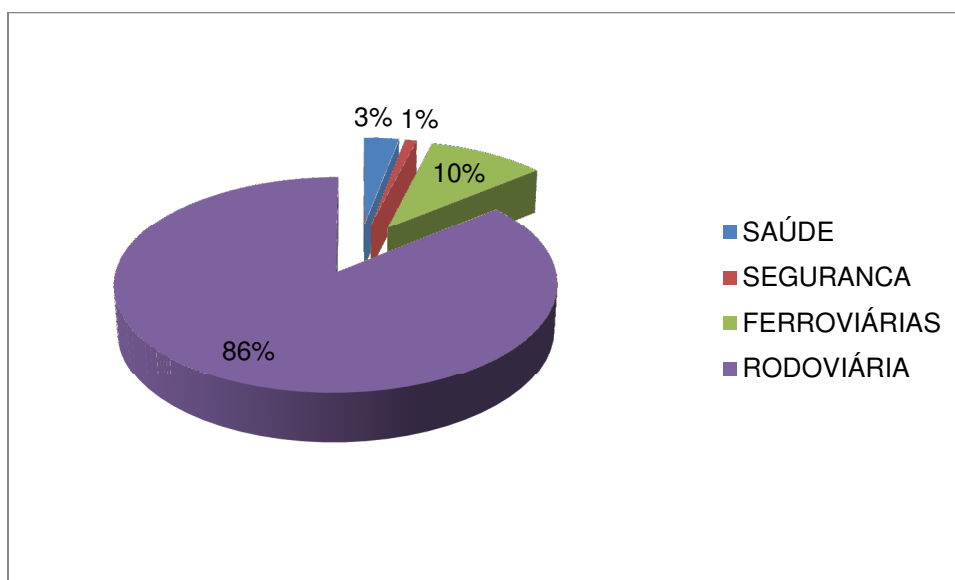
Em 2010, o Governo tomou a decisão de “reforçar a capacidade do estado no acompanhamento da preparação e no desenvolvimento dos investimentos implementados na modalidade PPP, através da criação de uma unidade especificamente dedicada a essas matérias”. (Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório 2010)

Até ao momento, os hospitais contratados enquadram-se na Primeira Vaga de PPP's da Saúde, que tem como base um contrato de gestão celebrado com as duas entidades gestora-gestão da infraestrutura e outra componente de serviços clínicos (Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório 2011):

- um parceiro privado – entidade gestora do edifício (EG Ed) que efetua o projeto, a construção, o financiamento, a gestão e manutenção física das instalações hospitalares;
- outro parceiro privado – entidade gestora do estabelecimento (EG Est) que efetua a aquisição do equipamento e a exploração da atividade clínica hospitalar.

No ano de 2011, o Investimento Total nas Parcerias Público-Privadas tinha um valor de 15 220 milhões de euros, não sofrendo qualquer alteração respetivamente ao ano de 2010. (GASEPC – Boletim Informativo 1º Trimestre 2012)

Gráfico 1- Repartição do Investimento acumulado em regime de PPP por setor
(Preços de 2012 – Milhões de Euros)



FONTE: GASEPC – Boletim Informativo 1º Trimestre 2012

O Gráfico 1 - Repartição do Investimento acumulado em regime de PPP por setor – demonstra que é o setor rodoviário que representa a maior fatia (86%) de investimentos em regime de PPP, o que equivale a cerca de 13 000 milhões de euros.

O setor da Saúde representa somente 3% do investimento total em regime de PPP, o que equivale a 431 milhões de euros. As concessões no setor da Saúde são 10, como podemos verificar na Tabela 4 - Concessões do Setor da Saúde.

Tabela 4 - Concessões do Setor da Saúde
(preços de 2012)

SETOR SAÚDE	ANO	PRAZO	INVESTIMENTO
			CASO BASE M€
Gestão do Centro de Atendimento do SNS	2006	4	4.5
CMFRS - São Brás de Alportel	2006	7	3.3
Gestão H. Braga - Ent. Gestora do Edifício	2009	30	130.0
Gestão H. Braga - Ent. Gestora Estabelecimento	2009	10	12.1
Gestão H. Cascais-Ent. Gestora Estabelecimento	2008	10	17.0
Gestão H. Cascais - Ent. Gestora do Edifício	2008	30	59.4
Gestão H. Loures-Ent. Gestora Estabelecimento	2009	10	31.2
Gestão H. Loures - Ent. Gestora do Edifício	2009	30	90.4
Gestão H. V. Franca - Ent. Gestora do Edifício	2010	30	80.4*
Gestão H. V. Franca – Ent. Gestora Estabelecimento	2010	10	2.6

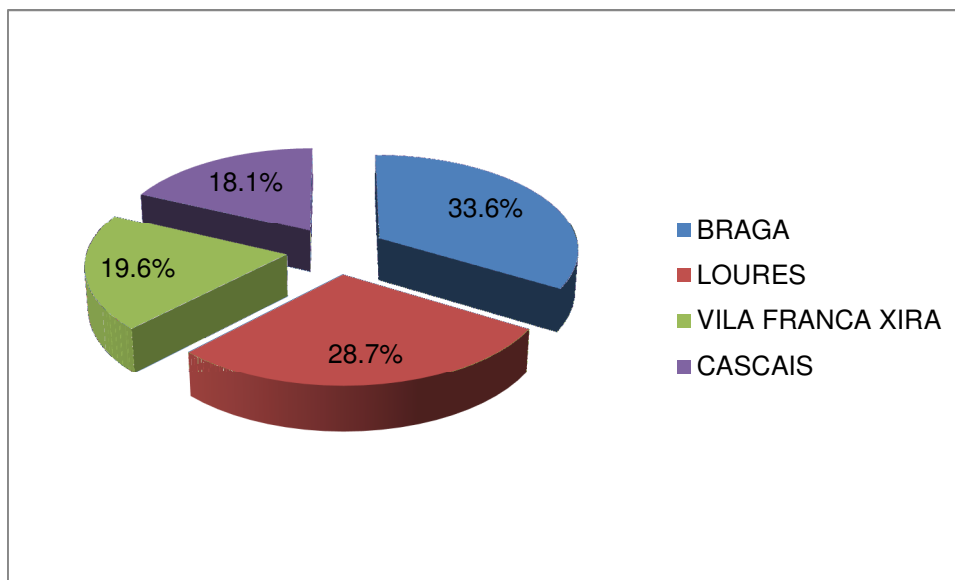
FONTE: Boletim Informativo Parcerias Público-Privadas e Concessões – 1º Trimestre 2012

*Em construção

Em Outubro de 2010 foi assinado o último contrato de PPP entre o Estado, a Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. e a Escala Vila Franca, Sociedade Gestora do Edifício, S.A. para a gestão do estabelecimento hospitalar de Vila Franca e do respetivo edifício, com um investimento total de 83 milhões de euros.

Gráfico 2- Repartição do Investimento acumulado por Hospital

(Preços de 2012 – Milhões de Euros)



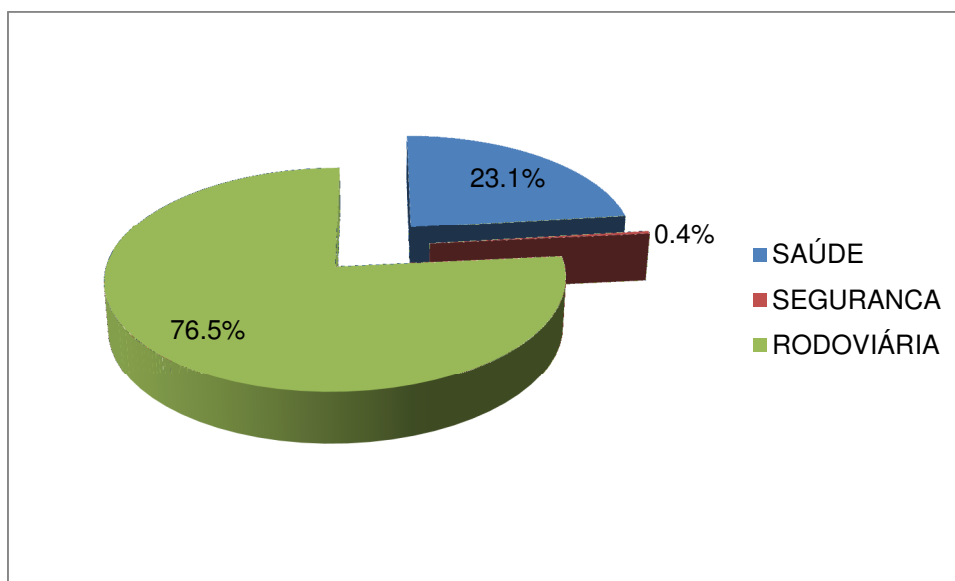
FONTE: Construção própria com base no GASEPC – Boletim Informativo 1º Trimestre 2012

Segundo o Gráfico 2 - Repartição do Investimento acumulado por Hospital – o hospital com maior investimento total é o de Braga, com uma fatia de cerca de 34%, onde o montante total de investimento, incluindo a Gestão do Edifício e Estabelecimento, é de 142,1 milhões de euros.

No 1º trimestre do ano de 2012, os fluxos financeiros líquidos do conjunto das PPP, ascendem a 323,8 milhões de euros, apresentando um acréscimo de 72,5 milhões de euros face ao período homólogo (GASEPC – Boletim Informativo 1º Trimestre 2012):

- as parcerias rodoviárias apresentam um acréscimo de 42,7 milhões de euros, em parte pelo acréscimo significativo dos encargos correntes de determinadas concessões;
- nas parcerias da saúde, os encargos pagos às entidades gestoras dos novos hospitais apresentam um acréscimo de 71,6% face ao período homólogo.

Gráfico 3 - Repartição dos encargos líquidos do Concedente no 1.º Trimestre 2012



FONTE: GASEPC – Boletim Informativo 1.º Trimestre 2012

Mais uma vez, é o setor rodoviário que representa a maior fatia dos encargos líquidos, com uma totalidade de 77%. A saúde representa 23,1%, o que corresponde a cerca de 74,8 milhões de euros.

No setor da saúde verificou-se no 1.º Trimestre de 2012 um acréscimo dos encargos suportados pelo concedente de 71,6%, face ao período homólogo, justifica-se pelos seguintes três fatores (GASEPC – Boletim Informativo 1.º Trimestre 2012):

- Passagem da gestão do atual estabelecimento hospitalar de Vila Franca de Xira para o concessionário, no 2º semestre de 2011. De realçar que, as novas instalações estão em construção e ainda não apresentam encargos para o Estado;
- Abertura do Hospital de Loures em Janeiro de 2012, dando início aos pagamentos pelo concedente referentes à gestão do estabelecimento hospitalar e gestão do edifício.
- Acréscimo da componente de encargos com gestão do edifício do Hospital de Braga, a partir de maio de 2011, com reflexo nos encargos do concedente no 1.º Trimestre de 2012 face ao observado no trimestre anterior, cujos pagamentos apenas haviam contemplado a gestão do estabelecimento hospitalar (hospital antigo).

No final de 2010 encontrava-se em concurso dois hospitais baseados no modelo da 2.^a Vaga, o Hospital de Lisboa Oriental e o Hospital Central do Algarve. O Hospital de Lisboa Oriental tem previsto um Investimento de 315 milhões de euros e o Hospital Central do Algarve um investimento de 217 milhões de euros.

Tabela 5 – PPP Saúde em Concurso

PPP da Saúde em concurso 2010	Investimento Estimado M€
Hospital Lisboa Oriental – Entidade Gestora do Edifício	315
Hospital Central do Algarve – Entidade Gestora do Edifício	217
	532

FONTE: Relatório Parcerias Público-Privadas e Concessões – Ano 2011

4. Conclusões

Uma Parceria Público-Privada é um contrato de longa duração, entre 20 a 30 anos, de cooperação entre o setor público e privado, com o objetivo à provisão de um determinado serviço ou infraestrutura.

Porém, uma PPP é um conceito mais complexo que uma empreitada pública a longo prazo, envolvendo elementos com a transferência de risco, *Value for Money* e custo de vida do projeto.

O envolvimento do setor privado em projetos tipicamente públicos pode trazer ganhos de eficiência ao setor público, podendo ocorrer ganhos através de economias de escala, inovação, entre outros.

O enquadramento legal das Parcerias Público-Privadas é importante para a monitorização e apresentação de medidas corretivas dos elementos que compõem o contrato de parceria, e que, por sua vez, devem ser respeitadas.

Em 2002, foi publicado o Decreto-Lei 185/2002, de 20 de Agosto, onde é estabelecido o modelo de parcerias entre o setor público e privado na saúde, que definiu os princípios que regulam o estabelecimento de parcerias na saúde, em regime de gestão e financiamento privados. Um ano mais tarde, 2003, ocorreu o enquadramento legal do regime das Parcerias Público-Privadas, como instrumento financeiro, sendo publicado o Decreto-Lei 86/ 2003 de 26 de Abril. Em 2006, foram introduzidas alterações pelo Decreto-Lei 141/2006, no sentido de reforçar a intervenção do Ministério das Finanças no lançamento e acompanhamento da parceria, melhorar os respetivos mecanismos de controlo financeiro e clarificar alguns aspetos da partilha de risco entre o privado e público.

No ano de 2012, um novo Decreto-lei foi emitido, Decreto-Lei 111/2012, gerando uma revisão profunda ao regime jurídico aplicável às PPP. A principal foi a aplicação do conceito financeiro *Value for Money* com a expressa necessidade de elaboração de uma análise do custo-benefício e análise de sensibilidade.

Os anteriores dois decretos-lei implicavam a utilização do conceito de Custo Público Comparável, ou seja, um valor certo que é facilmente manipulável, pois pode originar resultados erróneos, como aconteceu em Portugal daí a importância da utilização do *Value for Money*.

Com o aumento ao recurso, as Parcerias Público-Privadas pelos Estados-Membros, em 2004 a Comissão Europeia publicou o Livro Verde sobre as Parcerias Público-Privadas e o Direito Comunitário em Matéria de Contratos Públicos e Concessões, tendo como principal objetivo lançar o debate sobre o tema e devida aplicação do Direito Comunitário em matéria de liberdade de estabelecimento e de livre prestação do serviço.

Em Portugal, as PPP no setor da saúde foram implementadas em 2001, com dois tipos de programa: a) 1.^a Vaga – construção, manutenção e gestão da infraestrutura, e 2.^a Vaga – construção e manutenção da infraestrutura.

Em Portugal, as PPP na saúde representam 3% dos custos totais das PPP. De momento, encontram-se quatro projetos PPP de hospitais, que se enquadram na 1.^a vaga: Hospital de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures.

No próximo capítulo será estudado e analisado três projetos PPP da 1.^o Vaga: Hospital de Cascais, Hospital de Braga e Hospital de Vila Franca de Xira.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE FINANCEIRA DOS PROJETOS DE INVESTIMENTO

Na avaliação de um projeto de investimento, na ótica de uma economia nacional, uma das principais preocupações, para além de aspetos de rendibilidade, é a avaliação do impacto de ordem económico e social, onde se procura dar resposta às seguintes questões (Marques; p. 42):

- a) O projeto insere-se num contexto ou setor estratégico para a economia nacional?
- b) O projeto contribui para o desenvolvimento do setor, sendo a melhor solução face às alternativas conhecidas?

A análise financeira diz-nos que os projetos de investimento são analisados como consequência de decisões e situações que ocorrem ao longo do tempo, iniciando-se com a recolha de informação relevante para avaliar os custos e proveitos com a sua implementação, assim como a criação de uma estratégia ótima para a mesma. (Bodie e Merton, p.148)

A avaliação de um projeto de investimento via PPP é mais complexa, onde conceitos como transferência de risco, *Value for Money*, Capacidade de Pagamento e Tratamento Contabilístico são importantes na sua avaliação.

O Programa de Parcerias Público-Privadas no setor da saúde é um dos pilares na política de saúde do Governo para a continuação da melhoria da oferta dos cuidados hospitalares a nível nacional, potenciando cuidados de saúde de melhor qualidade à generalidade da população. (Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório 2010)

No setor da saúde, de momento existem quatro PPP de hospitais, estas PPP enquadram-se na 1ª vaga de PPP's: construção, manutenção e gestão da infraestrutura. Atualmente, encontram-se quatro projetos assinados: Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures.

O Capítulo IV será dividido em quatro pontos: no Ponto 1, a apresentação do problema e as suas hipóteses, no Ponto 2, um breve estudo sobre as diferentes teorias de Análise Financeira, no Ponto 3, apresentação dos conceitos importantes na análise das PPP e no último ponto, análise dos três dos quatro projetos da saúde contratados: Cascais, Braga e Vila Franca de Xira.

1. Problema e Hipóteses de Investigação

O problema da presente dissertação é: “Como tem sido realizada a implementação do instrumento financeiro Parcerias Público-Privadas em Portugal no setor da saúde? Como tem sido a sua evolução? As PPP têm um impacto positivo na economia portuguesa? E como podemos avaliar esse impacto?”

Resumidamente, o nosso problema será a forma como o instrumento financeiro Parcerias Público-Privadas tem sido implementado em Portugal, mais precisamente no setor da saúde, quer do ponto de vista legal quer do ponto de vista financeiro. E as consequências na economia nacional com a sua implementação.

As hipóteses de investigação serão:

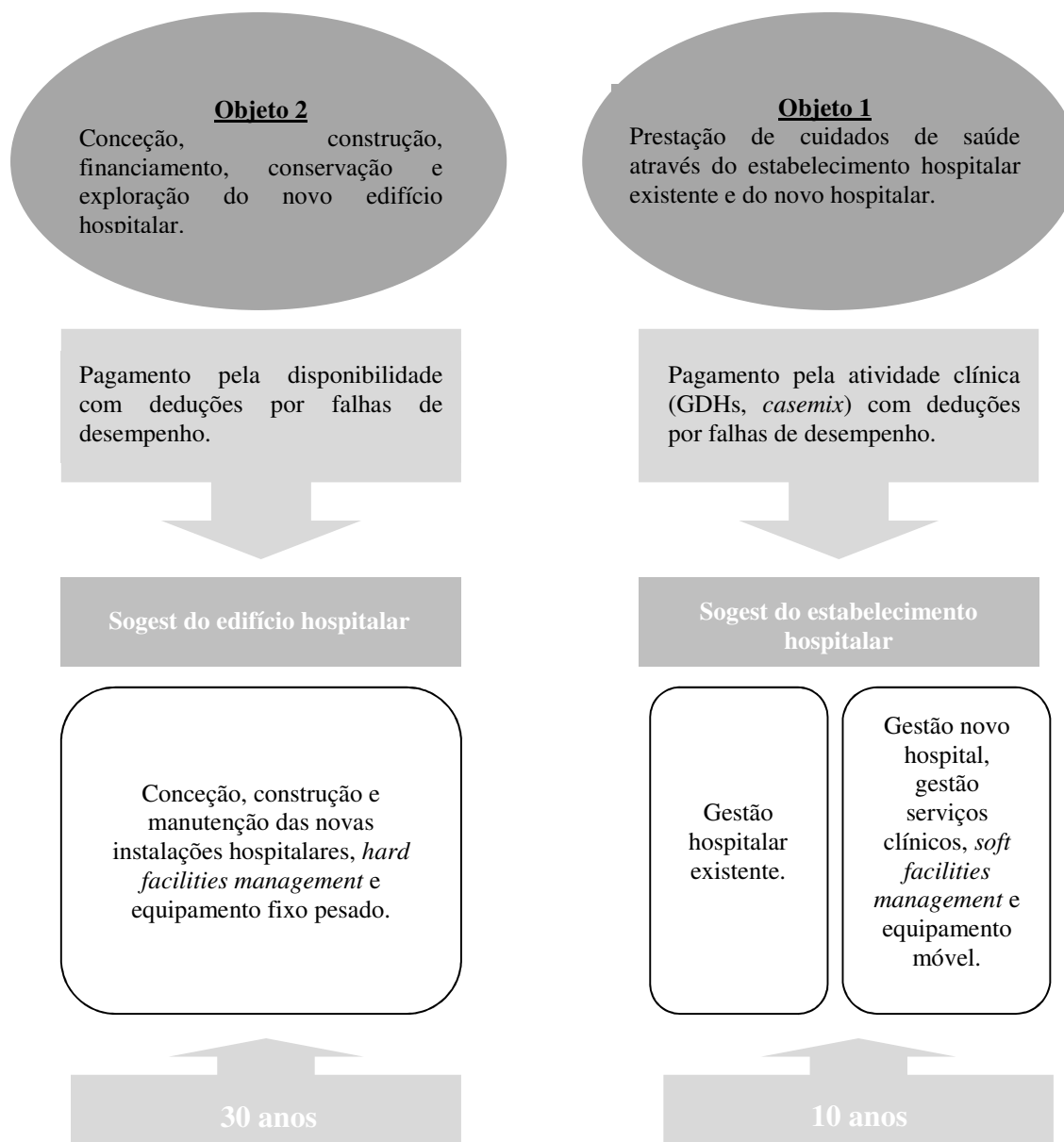
- As taxas de retorno de investimento identificadas no contrato são corretas de acordo com a transferência de risco – ir-se-á calcular o Valor Atual dos Custos, VAC, para cada um dos projetos e depois segundo a teoria de Yescombe calcular-se-á o Comparador Público para o investimento público, onde ir-se-á calcular o *Value for Money*, que não é mais que o montante que o setor público paga ao setor privado pelo Transferência de Risco;
- As parcerias público-privadas trazem vantagens para a economia portuguesa – para além das vantagens já identificadas das PPP, comparamos o VAC com o Comparador Público, com o objetivo de calcular as vantagens financeiras;
- As parcerias público-privadas levam a uma poupança do Estado Português - comparação entre o Comparador Público e a PPP e verificar se o Estado poupou com a implementação do projeto via PPP.

2. Metodologia

Na dissertação far-se-á uma avaliação do Valor Atualizado dos Custos para a PPP e o Comparador Público, para o ano de 2013, e far-se-á uma atualização dos custos, usando o modelo australiano, que consiste na aplicação do custo de capital do setor privado, neste caso a TIR, e por último ajustar o PSC à transferência de risco e aos impostos.

Na Ilustração nº1 – O Modelo PPP para as Unidades Hospitalares é apresentado o Modelo Genérico para as Unidades Hospitalares em Portugal. (Fonte: Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde do Tribunal de Contas)

Ilustração nº1 – O Modelo PPP para as Unidades Hospitalares



No trabalho vão-se comparar as estimativas iniciais, o denominado caso base, com os encargos resultantes da execução do contrato. Porém as limitações da análise financeira dos projetos de investimento são:

- Não é tido em conta o IVA dos encargos anuais;
- Análise feita com base nos anos contratados e não os anos de vida do projeto, 30 anos.

3. Avaliação de um Projeto de Investimento

A experiência demonstra que para cada projeto há que avaliar se a opção da parceria apresenta mais-valia real em relação a outras opções, tais como a celebração de um contrato mais tradicional.

O BEI (2012; p. 8) identifica três etapas na avaliação de um projeto de investimento financiado através de uma Parceria Público-Privada:

1. Identificação: a fase de identificação de um projeto é a mais importante uma vez que é esta fase que irá ser feito o estudo, a fim de saber se o projeto irá ser financiado por PPP ou através do modo convencional;
2. Preparação: após a análise do projeto e a sua aprovação por parte das autoridades públicas, deve ser então preparada uma equipa de gestão do projeto, identificados os especialistas necessários, preparada a proposta pública de aquisição e seus requisitos mínimos, e por último o modo de avaliação das várias propostas e um rascunho do contrato;
3. Aquisição/ Adjudicação: tal como o próprio indica, o projeto será adjudicado à melhor proposta por parte privado, com a aquisição da infraestrutura, e o contrato será assinado entre o privado e o público.

A Etapa 1- Identificação do Projeto - será analisada neste trabalho e consiste na fase que é preparada a análise financeira do projeto e a de risco. Esta fase é essencial para a decisão de investimento na nova infraestrutura e se a implementação de uma Parceria Público-Privada é a abordagem mais correta.

A autoridade pública pode utilizar vários métodos na avaliação da viabilidade económica do projeto (Yescombe; pp 58-62):

- Identificação dos benefícios e custos do projeto e, conseqüentemente, os seus efeitos indiretos, isto é, fatores externos que podem ter um efeito positivo ou negativo no custo, e que podem vir a ser pagos pelo setor público;

- Preparação de uma Análise Custo-Benefício, utilizando uma taxa de desconto apropriada – o método financeiro mais utilizado é o Valor Atual Líquido (VAL) (§ 3.1);
- Ou podem calcular uma Taxa Económica de Retorno do Investimento (ERR - *Economic Return Rate*) (§ 3.2).

As duas formas de análise de investimento, VAL e ERR, têm como base o conceito de fluxos de caixa ao longo de vários períodos no tempo, e onde é incorporado o valor do dinheiro no tempo, isto é, é tido em conta o princípio financeiro: “um dólar disponível hoje vale mais do que um dólar disponível amanhã” (Brealey e Myers; p.28). Em todos os indicadores de desempenho, os fluxos de caixa são atualizados segundo uma determinada taxa. (Yescombe; 2007)

O fluxo de caixa é um dos indicadores-fluxo mais utilizados na área financeira e consiste na medida “corrente em movimento” dos meios líquidos da empresa durante um determinado período, a partir das entradas de meios líquidos e saídas. (Moreira; p. 155)

No cálculo dos fluxos de caixa é importante ter em conta três regras (Brealey e Myers; p. 113):

1. apenas o fluxo de caixa é relevante (e não os lucros contabilísticos);
2. estimar sempre os fluxos de caixa numa base incremental;
3. ser consistente no modo de tratar a inflação.

Após a justificação económica do investimento através de uma análise financeira, Yescombe identifica outros fatores que têm de ser tidos em conta na tomada de decisão:

- a) *Value for Money* e o Comparador Público (§ 3.4).
- b) Viabilidade Financeira (*Affordability*) (§ 3.5):
- c) Tratamento no Balanço Contabilístico (§ 3.6).

3.1. Valor Atual Líquido

O Valor Atual Líquido (VAL) é a soma do valor atual dos fluxos de caixa futuros, atualizados a um custo de capital, ou seja, a uma taxa relevante de juro. Para uma correta avaliação é preciso ter em conta um conjunto de elementos:

- a determinação dos **custos totais**: o investimento total é igual à soma dos custos de investimento (terreno, edifícios, licença, outros), porém nem todos os custos são elegíveis, é preciso ter em conta os custos irrecuperáveis, custos que são “desembolsos passados e irreversíveis” (Brealey e Myers; p.115), não tendo qualquer efeito nos fluxos de caixa relevantes, daí excluídos nos custos totais;
- ajustamento correspondente à taxa de **inflação**: na análise de um projeto é costume a utilização de preços constantes, isto é, preços ajustados à inflação e referenciados a um determinado ano. No entanto, na análise de fluxos financeiros, podem ser adequados a preços correntes, isto é, a preços nominais realmente observados de ano para ano; existem duas maneiras de ajustar as estimativas de fluxos de caixa à inflação: usar o custo capital nominal para descontar fluxos de caixa nominais e usar o custo de capital real para descontar fluxos e caixa reais (Bodie e Merton; p. 160);
- a escolha da **taxa de atualização**: no cálculo da taxa de atualização tem que se ter em conta dois fatores: a) o valor do dinheiro no tempo, ou seja, ter em conta as taxas de juro no mercado financeiro e b) o prémio de risco que envolva o investimento (Yescombe; p. 50); a taxa de atualização constitui um fator crítico e crucial no cálculo do VAL já que irá influenciar a aceitação ou a rejeição de intenções de investimento. Na avaliação de um projeto PPP, a taxa utilizada é denominada de Taxa de Desconto do Setor Público e é calculada com base numa taxa sem risco do setor público (*public-sector “risk free”*) posteriormente ajustada a uma taxa que reflita o risco do projeto, existindo três maneiras para o seu cálculo (Yescombe, p. 60):
 - I. um risco genérico ajustado a uma taxa para todos os projetos do setor público (tipicamente utilizada quando não existe uma comparação com projetos do setor privado);
 - II. um risco *standard* ajustado a uma taxa para todos os projetos de uma setor particular;
 - III. uma taxa ajustada a um projeto que reflete um risco particular.

Também pode ser utilizado uma taxa de atualização que tenha em conta o risco e a rendibilidade exigida pelos investidores do projeto. O Modelo de Equilíbrio de Ativos Financeiros, mais correntemente conhecido como *CAPM – Capital Assets Pricing Model*, é um modelo que estuda a atitude em termos de risco e rendibilidade dos investidores numa carteira de ativos financeiros, designadamente ações, e que permite aos gestores de uma determinada empresa avaliar a taxa de retorno mínima dos investimentos que essa empresa deverá apresentar por forma a satisfazer as expectativas dos investidores. (Brealey & Myers; 1998)

Prémio de Risco esperado de ações = beta x prémio de risco esperado do mercado

$$r - r_f = \beta \times (r_m - r_f)$$

ou

$$r = r_f + \beta \times (r_m - r_f)$$

r_m : Taxa de Retorno esperada do Mercado

r_f : Taxa de Retorno “*risk free*”

Tal como na escolha da melhor carteira de ações o principal objetivo de um investidor é de ter a carteira que proporcione o maior retorno e que tenha o menor risco de desvio, ou seja, o menor risco associado à variação da nossa carteira (Ross & others; p. 285). O modelo CAPM encontra-se adjacente a hipótese de que a carteira de mercado é eficiente. (Brealey & Myers; 1998), ou no caso de um projeto, que o investimento dos investidores ou da empresa seja diversificada. O *Beta* do projeto deve ser utilizado quando o risco inerente ao projeto difere em relação ao risco global da empresa.

- a possibilidade de ocorrer **externalidades**: estas podem ser positivas, proporcionar benefícios, ou negativas, onde existe um custo, e podem incluir: desenvolvimento económico; efeitos na segurança ou saúde pública; e por último, um impacto ambiental. Normalmente estas externalidades são pagas pelo setor

público, porque é difícil incluir estes custos no custo total pago pelos utilizadores da concessão.

De modo a saber se um projeto deve ser financiado via PPP ou simples financiamento público, o VAL calculado deve ser comparado com os benefícios e externalidades do projeto (Yescombe; p. 59). Segundo Yescombe os benefícios do projeto são calculados segundo:

VAL benefícios + VAL das externalidades positivas

E os custos:

VAL custos do projeto + VAL das externalidades negativas

No cálculo do Valor Atual Líquido é preciso ter em atenção o Cálculo dos Fluxos de Caixa, uma vez que este pode levar a erros (Yescombe; p. 60): a) a escolha de um projeto mais caro, e b) o efeito de atualizar custos ao longo de um longo período. Logo, é necessário realizar uma análise económica complementar, a Análise de Custo-Eficácia (*Cost-Effectiveness Analysis*): análise económica que compara os custos relativos com os *outcomes* do projeto.

3.2. Taxa Económica de Retorno do Investimento

A Taxa Económica de Retorno do Investimento (*ERR - Economic Return Rate*) é uma medida quantitativa que mede a Taxa Económica Interna de Retorno (*EIRR - Economic Internal Rate of Return*) de um projeto, que não é mais que a taxa de desconto que iguala os benefícios económicos aos custos. Se a EIRR é igual ou superior ao custo de oportunidade o projeto é aceite. (Duvigneau and Prasad; p.25)

A ERR é uma alternativa ao Cálculo de Fluxos de Caixa, e não é mais do que o cálculo da Taxa Interna de Rendibilidade (TIR), utilizando a mesma informação económica. A TIR representa a taxa mínima de rendibilidade do projeto, sendo a taxa de atualização que no final do período de vida do projeto iguala o VAL a zero.

Na avaliação de um projeto PPP, a Taxa Económica de Retorno do Investimento tem que ser superior ou similar à Taxa de Desconto do Setor Público, de modo a ser justificável (Yescombe; p. 62).

Porém, no cálculo da Taxa de Retorno é preciso ter em conta um conjunto de limitações: a) não é desejável utilizar quando os fluxos de caixa variam entre fluxos de caixa negativos e positivos; b) assumimos que o risco é igual ao longo de vida do projeto; e c) projetos com diferentes períodos não podem ser comparados através da Taxa de Retorno. (Yescombe; 2007)

3.3. Análise de Sensibilidade e Risco

A Análise de Sensibilidade e Risco consiste no estudo da probabilidade de um projeto proporcionar resultados positivos, em termos de VAL ou TIR, bem como a sua variação em termos de resultado em relação à melhor estimativa previamente efetuada.

A Análise de Sensibilidade é uma abordagem comportamental que usa um número de valores possíveis para uma determinada variável, logo alterando um dos pressupostos iniciais, para medir o seu impacto no retorno do investimento, com o objetivo de avaliar o impacto de variáveis-chave na variabilidade do retorno. (Samuelson e Marks; p. 13)

A Análise de Sensibilidade permite assim testar se o projeto ainda valerá a pena mesmo que algumas variáveis fundamentais acabam por proporcionar valores diferentes daqueles presumidos. (Bodie e Merton; p.154)

Segundo, Samuelson e Marks (1992; p.13) a Análise de Sensibilidade permite:

- traçar os efeitos das alterações das variáveis sobre as quais o gestor pode estar incerto;
- generalizar soluções no caso de existir modificações nas condições;
- providenciar uma visão sobre os problemas que poderão afetar a decisão.

O procedimento recomendado para avaliação do risco assenta nos seguintes elementos (Fonte Electrónica: europa.eu.int/documents/):

1. Avaliar o impacto que as alterações presumidas das variáveis, que determinam os custos e benefícios, revelam ter nos índices financeiros e económicos calculados (TIR ou VAL);
2. O estudo da distribuição de probabilidade das variáveis seleccionadas e o cálculo do valor esperado dos indicadores de desempenho do projeto.

O objeto de análise é a seleção de variáveis e parâmetros críticos do modelo, ou seja, as variáveis que determinam o êxito ou o fracasso do projeto e cujas variações têm um efeito pronunciado na TIR ou VAL. Os critérios a utilizar para a escolha das variáveis críticas diferem em função do projeto considerado.

Segundo Samuelson e Marks (1992; p. 14), os limites apresentados pela Análise de Sensibilidade são os seguintes:

- ambiguidade dos resultados: o que significa otimista e pessimista? Significado subjetivo, depende de avaliados para avaliador;
- correlação das variáveis: olha isoladamente para cada uma das variáveis-chave, quando em muitos casos, estas estão correlacionadas umas com as outras;
- análise subjetiva: um avaliador pode rejeitar um projeto enquanto outro pode aceitá-lo.

3.4. Value for Money e o Comparador Público

Feita a justificação financeira do projeto, a autoridade pública deverá então decidir a melhor maneira do projeto ser financiado: PPP ou investimento público. Para isso há que ter em conta o *Value for Money (VfM)*: o projeto cria *VfM* comparativamente ao investimento público e esse *VfM* apresenta um valor desejável. (Yescombe; p. 62)

O *Value for Money* ocorre quando existe um ganho para a sociedade através da PPP que ocorreria caso o projeto fosse financiado através de um investimento público alternativo (BEI; p. 12).

O *VfM* define a economia, a eficiência e a eficácia na prestação de serviços, sendo visto como uma necessidade numa Parceria Público-Privada. (Coombs and Jenkins; p. 2)

O Comparador Público (*Public-Setor Comparator - PSC*) ou *Public-Setor Benchmark* é a metodologia utilizada que permite comparar o custo-benefício do projeto deve ser financiado via PPP ou investimento público (Silva; p.53). O *PSC* compara o VAL dos Custos (Valor Atual dos Custos - VAC) do projeto, que tenha sido adquirido via por investimento público, com o VAC via PPP. Se o VAC via PPP for inferior ao VAC via investimento público, então é justificável o projeto PPP, e vice-versa. Porém, o cálculo do *PSC* não é simples e levanta um conjunto de problemas (Yescombe; pp. 63-66):

- 1) comparação dos custos: não se pode assumir que os custos são os mesmos para uma PPP e para os *PSC*'s, uma vez que na PPP existe a transferência de risco, logo os custos irão ser superiores;
- 2) taxa de desconto: a taxa de desconto tem de ser a mesma para o *PSC* e PPP, porém assume-se que existe uma perfeita transferência de risco entre o público e o privado, o que é extremamente difícil. O cálculo do custo do *PSC* tem em conta o nível mais elevado do CAPEX inicial e o mais baixo nível de OPEX de longa duração, enquanto a PPP consiste nos mais elevados níveis de renda de serviço de longa duração sem custos iniciais, assim o PPP é mais dependente da taxa de desconto. De modo a aplicar uma única taxa de desconto, existem diferentes métodos, sendo dois modelos que reúnem mais consenso: o modelo australiano, onde iremos utilizar o custo de capital do setor privado em ambos os casos e depois iremos ajustar o *PSC* à transferência de risco e impostos; e o modelo britânico, onde utilizamos uma taxa de desconto sem risco, onde os fluxos de caixa do *PSC* irão ser ajustados à transferência de risco e impostos.
- 3) ajustamento à Transferência de Risco: o *PSC* tem de ser ajustado à transferência de risco, logo o seu cálculo tem em conta: a) o VAL projeção dos fluxos de caixa sem ter em conta a risco retido pela autoridade pública; b) o VAL da transferência de risco, uma vez que irão ser transferidos para o setor privado e que devem ser incluídos no custo do *PSC*; c) o VAL dos riscos retidos pelo setor público; e d) ajustamento ao impostos dos diferentes componentes do *PSC* e PPP.
- 4) impostos: ajustamento do *PSC* dos benefícios em termos de impostos que podem ser alcançados com o PPP.

O Comparador Público é usado como um *benchmark* quantitativo, que tem como base um projeto hipotético que apresenta a alternativa mais eficiente pública, descrevendo em detalhe todos os custos do setor público caso este fosse realizado através de um investimento público (Dewulf and Others; pp. 123-124).

Normalmente no PPP, o VAL da renda de serviços terá sempre um valor superior ao VAL dos custos do investimento público, pois os custos de financiamento são superiores. Porém é importante ter em atenção que o *PSC* deve ser ajustado ao risco e impostos, de modo a obtermos uma resposta correta.

O cálculo do *PSC* é um requisito legal e deve ser baseado num conjunto de *outcomes* que variam consoante as probabilidades de risco, não sendo um simples VAL com a transferência de risco.

3.5. Viabilidade Financeira

A viabilidade financeira (*Affordability*) é tão importante como o *Value for Money*, isto é, a capacidade de pagamento da renda de serviços por parte da autoridade pública. Logo é necessário que a autoridade pública crie um plano financeiro que demonstre a viabilidade financeira do projeto, onde é provado que o projeto não corre risco de ficar com insuficiência de fundos. (Yescombe; p. 67)

A viabilidade financeira requer uma análise dos custos de operação e manutenção do projeto, incluindo o nível de fluxos de caixa que têm de ser pagos durante o empréstimo e o retorno de investimento aos investidores do PPP. (BEI; p. 10)

3.6. Tratamento Balanço Contabilístico

De forma a aliviar a pressão do enquadramento orçamental imposto pelo tabela fiscal do Tratado de Maastrich e Pacto de Estabilidade e Crescimento, os governos têm vindo a recorrer ao mecanismo das parcerias público – privadas. (Silva; p. 57)

“O uso das PPP possibilita a conversão de despesas fixas, realizadas sob a forma de pagamento adiantado ou pagamento integral (de uma só vez), durante o período da construção do ativo, em futuros e regulares fluxos financeiros, após o início da exploração, durante o período de vigência da parceria e, assim, aligeirar os custos iniciais dos investimentos públicos, tornando-se esta a principal vantagem na ótica das finanças públicas face ao recurso do tradicional investimento público”. (Silva; p. 57)

Assim sendo, do ponto de vista financeiro, os estados ao recorrerem às PPP reduzem a pressão de tesouraria, pois permitem que o investimento inicial seja convertido em fluxos regulares com impacto a longo prazo. Não obstante, a PPP também permite o investimento seja excluído do orçamento de Estado: porém só se forem verificadas determinadas regras. Verificadas todas as regras, as despesas continuem a ser integradas nas despesas correntes e diferidas no tempo. (Silva; p. 58)

O Eurostat, o Sistema Europeu de Contas Económicas Integradas, define que sempre que existam pagamentos regulares feitos pelo Estado a um operador privado no âmbito de uma PPP, o ativo objeto do contrato deve ser inscrito nas contas da entidade contratual que, efetivamente, suporta o maior risco e que obtém a maioria dos proveitos. (Silva; p. 60)

A abordagem do Eurostat é baseada no nível de transferência de risco: para os ativos envolvidos ficarem fora do balanço, logo não registadas nas contas nacionais, quando na partilha de risco: 1) o parceiro privado suporta o risco de construção; e o parceiro privado suporta pelo menos um dos riscos de disponibilidade ou de procura. (Yescombe; p. 71)

Tabela 6 – Tratamento Contabilístico das PPP segundo as regras ESA95

Quem retém o risco?	Tipo de Risco			Tratamento Contabilístico
	Risco de Construção	Risco de Procura	Risco de Disponibilidade	
Público	Público	Público	Público	ON
			Privado	ON
	Privado	Público	Público	ON
			Privado	ON
Privado	Público	Público	Público	ON
			Privado	OFF
	Privado	Público	Público	OFF
			Privado	OFF

FONTE: *The Guide to Guidance-How to Prepare, Procure and Deliver PPP Projects*, BEI

A Tabela 6 - Tratamento Contabilístico das PPP segundo as regras ESA95 - apresenta um resumo do tratamento contabilístico das PPP segundo as regras da União Europeia e do EUROSTAT.

4. Projetos de Investimento

Os hospitais contratados até ao momento enquadram-se na 1ª vaga de PPP's, que assentam num contrato celebrado com duas entidades gestoras, uma para a gestão da infraestrutura e outra para gestão do estabelecimento ou seja da componente de serviços clínicos (Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório 2011; p. 64):

- um parceiro privado – entidade gestora do edifício (EG Ed) – efetua o projeto, a construção, o financiamento, a gestão e a manutenção física do edifício;
- um outro parceiro privado - entidade gestora do estabelecimento (EG Est) – efetua a aquisição de equipamento e a exploração da atividade clínica hospitalar.

De momento existem 4 parcerias público-privadas na Saúde Edifícios Hospitalares:

SETOR SAÚDE EDIFÍCIOS HOSPITALARES	INVESTIMENTO
	CASO BASE M€
Gestão H. Braga - Ent. Gestora do Edifício	130.0
Gestão H. Braga - Ent. Gestora Estabelecimento	12.1
Gestão H. Cascais-Ent. Gestora Estabelecimento	17.0
Gestão H. Cascais - Ent. Gestora do Edifício	59.4
Gestão H. Loures-Ent. Gestora Estabelecimento	31.2
Gestão H. Loures - Ent. Gestora do Edifício	90.4
Gestão H. V. Franca - Ent. Gestora do Edifício	80.4
Gestão H. V. Franca – Ent. Gestora Estabelecimento	2.6

Tabela 7 – Parcerias Público-Privadas no Setor da Saúde em Edifícios Hospitalares

Como já foi referido, o projeto de investimento Hospital de Loures não irá ser analisado, visto que na data em que a informação foi pedida, 2011, ainda não se encontrava disponível qualquer informação sobre a produção da gestão do estabelecimento.

4.1. Projeto Hospital de Cascais

O Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, foi o primeiro hospital do Serviço Nacional de Saúde a ser concessionado e construído em regime PPP. Em Janeiro de 2008 o consórcio entre HPP Saúde e Teixeira Duarte ganhou o concurso: a HPP Saúde ficou responsável pela

gestão do hospital e a Teixeira Duarte pelo financiamento, construção conservação e exploração do edifício. O contrato foi assinado a 22 de Fevereiro de 2008.

No Ponto 1 da Cláusula 6.^a, Escopo e objeto contratual, é mencionado que “o presente contrato tem por escopo a realização das prestações de saúde do Hospital de Cascais, integrado no Serviço Nacional de Saúde, de acordo com o perfil assistencial e tendo em conta a Produção Prevista, compreendendo as atividades de gestão dos Edifícios Hospitalares Atuais e do Novo Edifício Hospitalar”.

O investimento previsto no novo hospital ronda os 76 milhões: 17 milhões é para a Entidade Gestora do Estabelecimento e 59 milhões para a Entidade Gestora do Edifício.

O Hospital de Cascais servirá a população do concelho de Cascais, e oito freguesias do concelho de Sintra (Algueirão-Mem Martins, Pêro Pinheiro, Colares, S. João de Lampas; Santa Maria a São Miguel, S. Martinho, S. Pedro de Penaferrim e Terrugem) somente na área materno-infantil. O novo hospital disporá de:

- Uma área de recinto hospitalar de 20,000 m²;
- Um n^o total de camas de 277;
- 6 Salas de bloco operatório (inclui cirurgia ambulatória); e
- 10 salas de parto.

4.1.1. Análise Financeira

O Ponto 1 da Cláusula 8.^a, Duração do contrato refere os prazos:

- a) “Quanto à Entidade Gestora do Estabelecimento, de dez anos, contados da data de Transmissão do Estabelecimento Hospitalar;
- b) Quanto à Entidade Gestora do Edifício, de trinta anos, contados da data de produção de efeitos de contrato”.

O “contrato, relativamente à Entidade Gestora do Estabelecimento, pode ser renovado por sucessivos períodos não superiores a dez anos cada um” (Ponto 2 Cláusula 8.^a do Contrato), porém essas eventuais renovações não podem exceder o “prazo previsto para o Contrato na parte respeitante à Entidade Gestora do Edifício” (Ponto 3 Cláusula 8.^a do Contrato).

Na atualização dos fluxos de caixa irá ser utilizada a TIR acionista real prevista no Modelo Financeiro de cada uma das entidades mencionada na Cláusula 125.^a – Reposição do equilíbrio financeiro.

a) Entidade Gestora do Estabelecimento

Na secção IV do Contrato é mencionada a Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento, HPP - Hospitais Privados de Portugal, e os Anexos II e V mencionam em pormenor a Produção Prevista e o modo de cálculo anual da Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento, respetivamente.

À remuneração anual prevista acrescem aos pagamentos anuais os medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar (Ponto 3 da Cláusula 44^a), no entanto esta despesa não será incluída na análise financeira.

Segundo o Anexo V ao contrato, a remuneração anual da Entidade Gestora do estabelecimento é calculada da seguinte forma:

$$RAEGEst_t = (PRO_t + Disp_t + Med_t) - Ded_t$$

em que:

RAEGEst_t – Remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento calculada para o ano *t*;

PRO_t - Componente da remuneração relativa à produção de Serviços Clínicos no ano *t*;

Disp_t - Componente da remuneração relativa à disponibilidade de unidades hospitalares específicas, como a Urgência, no ano *t*;

Med_t - Componente da remuneração relativa ao consumo de medicamentos, podendo este valor ser positivo ou negativo, no ano *t*; e

Ded_t – Componente correspondente às deduções a efetuar em virtude da ocorrência de Falhas de Desempenho no ano *t*.

Tal como a componente relativa ao consumo de medicamentos, também não será tido em conta na análise financeira a componente relativa a deduções, devido à complexidade do seu cálculo.

Na Tabela 8 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Cascais é apresentado os custos unitários por serviço clínico e o seu custo anual, tendo como base do seu cálculo o Ponto 8 da Cláusula 44.^a e o Anexo II ao Contrato, Produção Prevista.

Tabela 8 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Cascais

Área de Actividade	Unidade de Cálculo	Preços de Referência unitário (Preços de Janeiro 2007)	Produção (Contrato de 2010)	C, Anual por Área de Actividade
Internamento Cirúrgico, Internamento Médico, Cirurgia de Ambulatório e Ambulatório Médico	Doentes Equivalentes - 1º Escalão	2 175,00	10 422	22 667 850
	Doentes Equivalentes - 2º Escalão	945,00	1 157	1 093 365
Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Dia de Internamento	83,30	-	-
Urgência	Atendimentos em Urgência - 1º Escalão	63,00	114 000	7 182 000
	Atendimentos em Urgência - 2º Escalão	38,00	6 000	228 000
Consulta Externa	Primeira Consulta	72,00	25 982	1 870 704
	Consulta Subsequente	54,00	49 862	2 692 548
Hospital de Dia Médico	Oncologia	80,00	5 559	444 720
	Pediatria	25,70	-	-
	Psiquiatria	37,40	-	-
	Outras	95,00	-	-
Casos e Actos Específicos	Ventilação Prolongada de doentes	287,30	-	-
Disponibilidade da Urgência	-	3 283 260,14	-	3 283 260
				39 462 447

O primeiro fluxo de caixa anual é calculado na Tabela 9, os seguintes foram inflacionados a uma taxa de 2%. A taxa de atualização dos fluxos de caixa é a TIR acionista real mencionada no Ponto 3 da Cláusula 125^a, 7,50%.

Ano Contratual	C _f Anual	C _f Anual Atualizado
2010	39 462 447	49 024 075
2011	40 251 696	46 515 866
2012	41 056 730	44 135 985
2013	41 877 864	41 877 864
2014	42 715 422	39 735 276
2015	43 569 730	37 702 308
2016	44 441 125	35 773 353
2017	45 329 947	33 943 089
2018	46 236 546	32 206 465
2019	47 161 277	30 558 693
2020	48 104 503	28 995 225
		420 468 199

Tabela 9 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Cascais

A PPP da Entidade Gestora de Estabelecimento tem um custo total de cerca de 420 milhões de euros.

Tabela 10 - Custo por Área de Actividade da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Cascais

Área de Actividade	Unidade de Cálculo	Preços de Referência unitário (Preços de Janeiro 2007)	Produção (Contrato de 2010)	C _f Anual por Área de Actividade
Internamento Cirúrgico, Internamento Médico, Cirurgia de Ambulatório e Ambulatório Médico	Doentes Equivalentes - 1º Escalão	2 579,00	10 422	26 878 338
	Doentes Equivalentes - 2º Escalão	1 027,00	1 157	1 188 239
Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados				
Continuados Integrados	Dia de Internamento	83,30	-	-
Urgência	Atendimentos em Urgência - 1º Escalão	73,00	114 000	8 322 000
	Atendimentos em Urgência - 2º Escalão	42,00	6 000	252 000
Consulta Externa	Primeira Consulta	83,00	25 982	2 156 506
	Consulta Subsequente	60,00	49 862	2 991 720
Hospital de Dia Médico	Oncologia	87,00	5 559	483 633
	Pediatria	0,00	-	-
	Psiquiatria	0,00	-	-
	Outras	0,00	-	-
Casos e Actos Específicos	Ventilação Prolongada de doentes	287,30	-	-
Disponibilidade da Urgência	-	3 487 206,92	-	3 487 207
				45 759 643

Na Tabela 10 - Custo por Área Atividade da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Cascais é apresentado os custos unitários por serviço clínico e o seu custo anual, tendo como base do seu cálculo o Ponto 7 da Cláusula 44.^a e o Anexo II ao Contrato, Produção Prevista para a PPP.

A Tabela 11 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Cascais apresenta o custo total do Investimento público, cerca de 488 milhões de euros. Um custo superior em 16% relativamente à PPP.

Ano Contratual	C _f Anual	C _f Anual Atualizado
2010	45 759 643	56 847 062
2011	46 674 836	53 938 607
2012	47 608 333	51 178 958
2013	48 560 499	48 560 499
2014	49 531 709	46 076 009
2015	50 522 343	43 718 631
2016	51 532 790	41 481 864
2017	52 563 446	39 359 536
2018	53 614 715	37 345 793
2019	54 687 009	35 435 078
2020	55 780 749	33 622 120
		487 564 157

Tabela 11 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Cascais

b) Entidade Gestora do Edifício

No Capítulo III do Título III do Contrato é mencionada a Remuneração da Entidade Gestora do Edifício, Teixeira Duarte, e no Anexo VI o modo de cálculo anual da Remuneração da Entidade Gestora do Edifício.

“O montante da remuneração anual devida à Entidade Gestora do Edifício cobre todos os serviços que cabe a esta prestar” (Ponto 1 Cláusula 100.^a) e inclui segundo Anexo VI ao contrato:

- “Uma componente relativa à disponibilidade do Novo Edifício Hospitalar (a remuneração base anual”;
- “Uma componente correspondente a deduções, a efetuar em função dos níveis de desempenho da Entidade Gestora de Edifício.”

O Ponto 5 da Cláusula 100.^a apresenta os valores da componente variável e fixa da remuneração base anual:

- 1) A componente variável é de 2 800 000 milhões de euros, a preços de Janeiro de 2007, logo atualizada a uma taxa de inflação de 2%;
- 2) A componente fixa é apresentada na Tabela 12, a preços correntes de cada ano, não sendo atualizada a taxa de inflação.

A taxa de atualização dos fluxos de caixa é a TIR acionista real mencionada no Ponto 4 da Cláusula 125.^a, 6,75%, previsto no Modelo de Financeiro da Entidade Gestora do Edifício.

Ano Contratual	Componente Variável da Remuneração	Componente Fixa da Remuneração	C _f Anual	C _f Anual Atualizado
2010	5 477 250	2 800 000	8 277 250	10 069 078
2011	4 319 530	2 800 000	7 175 530	8 176 920
2012	3 822 748	2 800 000	6 678 748	7 129 563
2013	3 992 025	2 800 000	6,848,025	6 848 025
2014	4 315 408	2 800 000	7 171 408	6 717 946
2015	4 367 938	2 800 000	7 223 938	6 339 255
2016	4 097 723	2 800 000	6 953 723	5 716 283
2017	4 135 080	2 800 000	6 991 080	5 383 599
2018	4 800 630	2 800 000	7 656 630	5 523 295
2019	6 105 763	2 800 000	8 961 763	6 056 004
2020	5 383 262	2 800 000	8 239 262	5 215 707
2021	4 269 975	2 800 000	7 125 975	4 225 725
2022	4 236 698	2 800 000	7 092 698	3,940,039
2023	5 808 475	2 800 000	8 664 475	4,508,825
2024	8 824 445	2 800 000	11 680 445	5 693 937
2025	8 739 275	2 800 000	11 595 275	5 295 006
2026	5 808 688	2 800 000	8 664 688	3 706 555
2027	4 338 358	2 800 000	7 194 358	2 882 980
2028	5 359 802	2 800 000	8 215 802	3 084 123
2029	8 543 138	2 800 000	11 399 138	4 008 537
2030	8 889 725	2 800 000	11 745 725	3 869 241
2031	5 538 515	2 800 000	8 394 515	2 590 441
2032	4 134 698	2 800 000	6 990 698	2 020 834
2033	2 415 105	2 800 000	5 271 105	1 427 394
2034	-	2 800 000	2 856 000	724 490
2035	-	2 800 000	2 856 000	678 680
2036	-	2 800 000	2 856 000	635 765
2037	-	2 800 000	2 856 000	595 565
2038	-	2 800 000	2 856 000	557 906
2039	-	2 800 000	2 856 000	522 629
				124 144 347

Tabela 12: Custo Anual da Gestão do Edifício PPP do Hospital de Cascais

A PPP da Entidade Gestora de Edifício tem um custo total de cerca de 124 milhões de euros.

O Investimento Público terá um único fluxo de caixa para a construção do novo hospital, o montante de 77,63 milhões³, mais uma componente variável.

Ano Contratual	Componente Variável da Remuneração	C _f Annual	C _f Anual Atualizado
2010	11 285 960	11 285 960	13 729 103
2011	11 511 679	11 511 679	12 860 986
2012	11 741 913	11 741 913	12 288 718
2013	11 976 751	11 976 751	11 741 913
2014	12 216 286	12 216 286	11 219 439
2015	12 460 612	12 460 612	10 720 213
2016	12 709 824	12 709 824	10 243 202
2017	12 964 021	12 964 021	9 787 415
2018	13 223 301	13 223 301	9 351 910
2019	13 487 767	13 487 767	8 935 782
2020	13 757 522	13 757 522	8 538 171
2021	14 032 673	14 032 673	8 158 253
2022	14 313 326	14 313 326	7 795 239
2023	14 599 593	14 599 593	7 448 378
2024	14 891 585	14 891 585	7 116 952
2025	15 189 416	15 189 416	6 800 272
2026	15 493 205	15 493 205	6 497 684
2027	15 803 069	15 803 069	6 208 560
2028	16 119 130	16 119 130	5 932 301
2029	16 441 513	16 441 513	5 668 334
2030	16 770 343	16 770 343	5 416 113
2031	17 105 750	17 105 750	5 175 115
2032	17 447 865	17 447 865	4 944 841
2033	17 796 822	17 796 822	4 724 813
2034	18 152 759	18 152 759	4 514 575
2035	18 515 814	18 515 814	4 313 693
2036	18 886 130	18 886 130	4 121 748
2037	19 263 853	19 263 853	3 938 345
2038	19 649 130	19 649 130	3 763 103
2039	20 042 112	20 042 112	3 595 658
			225 550 829

Tabela 13: Custo Anual da Gestão do Edifício Investimento Público do Hospital de Cascais

³ O investimento é de 67 milhões de euros a preços de 2008, a preços de 2013 é de cerca 77,63 milhões.

A componente variável, apresentada na Tabela 13, é calculada tendo por base um hospital que pertence ao grupo de referência, neste caso o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE⁴, tendo em conta o número de camas. O custo variável da Gestão de Edifício atinge aos 226 milhões ao longo do ciclo de vida do projeto.

O Investimento Público da Entidade Gestora de Edifício tem um custo total de cerca de 303,18 milhões de euros. A Gestão do Edifício na vertente pública apresenta um custo superior em 144% comparativamente à PPP.

c) Comparador Público vs PPP

Segundo Yescombe, o investimento público é normalmente inferior ao investimento privado, porém como podemos observar na Tabela 14 - Comparador Público vs. PPP do Hospital de Cascais – verificamos que a PPP tem um custo inferior ao investimento público, tornando a Transferência de Risco negativa, no valor de 256 milhões.

	PSC (Comparador Público)	PPP
NPV of cost of public-sector procurement (including CAPEX and OPEX)	790 744 603	
NPV of Service Fees (renda anual)		544 612 546
NPV of Risk Adjustment	-256 060 472	
NPV of Additional Tax	9 928 415	
Risk – Adjusted NPV Cost (Total)	544 612 546	544 612 546

Tabela 14: Comparador Público vs PPP do Hospital de Cascais

A Tabela 15 – Transferência de Risco por ano do Hospital de Cascais – mostra-nos o valor da Transferência de Risco ao longo do ciclo de vida do projeto, 30 anos. No ano de 2010 apresenta o valor negativo mais elevado, 90 milhões, uma vez que é neste ano que é contabilizado o investimento público na construção do edifício, 77,63 milhões de euros.

⁴ No ano de 2008, o custo de Fornecimento de Serviços Externos do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE de aproximadamente 35 milhões anuais. O Centro hospitalar no ano de 2008 disponha de 855 camas.

Tabela 15 – Transferência de Risco anual do Hospital de Cascais

Ano	Comparador Público vs. PPP
2010	-89 765 336
2011	-12 735 903
2012	-12 807 830
2013	-12 159 037
2014	-11 401 751
2015	-10 934 003
2016	-10 749 528
2017	-10 311 906
2018	-9 437 289
2019	-8 203 361
2020	-8 374 550
2021	-4 335 841
2022	-4 236 758
2023	-3 299 466
2024	-1 761 385
2025	-1 822 187
2026	-3 086 684
2027	-3 599 844
2028	-3 101 215
2029	-1 891 663
2030	-1 757 614
2031	-2 774 329
2032	-3 092 603
2033	-3 444 974
2034	-3 916 608
2035	-3 740 504
2036	-3 570 433
2037	-3 406 169
2038	-3 247 498
2039	-3 094 203
Total	-256 060 472

d) TIR Acionista Real da PPP vs. *yield* dos títulos do tesouro vs. Taxa de Retornos dos Acionistas (ROE)

A TIR Acionista Real exigida pelas Entidades Gestora do Estabelecimento e Entidade Gestora do Edifício são respetivamente 7,50% e 6,5%, o que perfaz uma média ponderada de 7,33%.

A *yield* dos títulos de Tesouro, *risk free*, a 22 de Fevereiro de 2008, data da assinatura do contrato PPP, foi de 4,32%. O Gráfico 4 mostra-nos a *Security Market Line* do investimento PPP, linha azul, tendo em conta a média ponderada da TIR Acionista Real contratualizadas e do concessionário vencedor da proposta PPP, o grupo HPP Saúde da Caixa Geral de Depósitos, linha vermelha, tendo em conta uma média da ROE nos dois últimos anos. O Beta, β , será igual a 1

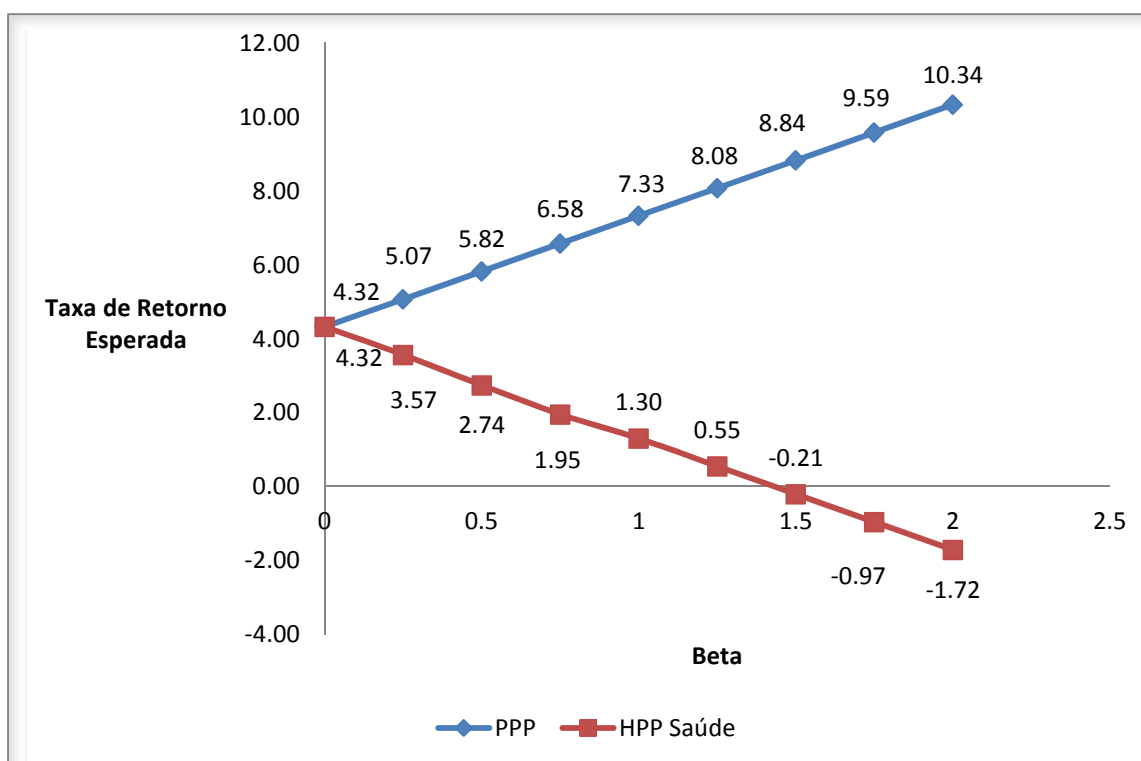


Gráfico 4: *Security Market Line* do investimento PPP Cascais e Grupo HPP Saúde

O grupo HPP Saúde da Caixa Geral de Depósitos, a Entidade Gestora do Estabelecimento, tendo como base o ano de 2007⁵, tinha um Retorno de Capital (*ROE- Return of Equity*) de 1,30%.

Logo, o investimento PPP é superior em 6,03 pontos percentuais ao retorno exigido pelos acionistas do grupo HPP Saúde. A diferença no retorno no investimento pode ser verificada no Gráfico 4, onde as duas linhas se vão afastando ao longo do eixo *Beta*.

4.2. Projeto Hospital de Braga

O contrato do Hospital de Braga foi assinado a 9 de Fevereiro de 2009, tendo em vista a construção de uma nova estrutura arquitectónica, com uma área total de construção de 140,000m² e irá substituir o antigo Hospital de São Marcos.

O novo Hospital irá servir cerca de 1,2 milhões de pessoas do distrito de Braga e Viana do Castelo, e concilia unidades de assistência técnica, investigação e ensino universitário. O novo hospital disporá de:

- Um n.º total de camas de 705;
- Um Heliporto;
- 12 Salas de bloco operatório e um Bloco de Partos;
- Um Bloco Periférico de Obstetrícia com uma sala; e
- 60 Gabinetes de consulta médica.

O consórcio Escala Braga, formado pelo Grupo José de Mello Saúde (JMS), Somague e Edifer ganhou o concurso: o Grupo José de Mello Saúde ficou responsável pela gestão do hospital e o seu financiamento; e a Somague e Edifer pela construção, conservação e exploração do edifício.

No Ponto 1 da Cláusula 6.ª, Escopo e objeto contratual, é mencionado que “o contrato tem por escopo a conceção, a construção a organização e o funcionamento do Hospital de Braga, integrado no Serviço Nacional de Saúde e articulado com o ensino médico da Universidade do Minho, e que se destina a realizar prestações de saúde, de acordo com o perfil assistencial constante do Anexo I e tendo em conta a Produção Prevista”.

O investimento previsto no novo hospital ronda os 152,1 milhões: 130 milhões é para a Entidade Gestora do Estabelecimento e 12,1 milhões para a Entidade Gestora do Edifício.

⁵ O último Relatório de Contas de HPP Saúde publicado *online* data do ano de 2007.

4.2.1. Análise Financeira

O Ponto 1 da Cláusula 8.^a, Duração do contrato refere os prazos:

- a) “Quanto à Entidade Gestora do Estabelecimento, de dez anos, contados da data de Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, nos termos do n.º 2 da Cláusula 142.^a do Contrato;
- b) Quanto à Entidade Gestora do Edifício, de trinta anos, contados da data de produção de efeitos de contrato, nos termos da Cláusula 142.^a do Contrato”.

O “contrato, relativamente à Entidade Gestora do Estabelecimento, pode ser renovado por sucessivos períodos não superiores a dez anos cada um” (Ponto 2 Cláusula 8.^a do Contrato), porém essas eventuais renovações não podem exceder “a soma do prazo inicial com os das respectivas renovações não pode exceder a duração previsto para o Contrato na parte respeitante à Entidade Gestora do Edifício” (Ponto 3 Cláusula 8.^a do Contrato).

Na atualização dos fluxos de caixa irá ser utilizada a TIR acionista real prevista no Modelo Financeiro de cada uma das entidades mencionada na Cláusula 127.^a – Reposição do equilíbrio financeiro.

a) Entidade Gestora do Estabelecimento

Na secção IV do Contrato é mencionada a Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento, José de Mello Saúde, e os Anexos II e VII mencionam em pormenor a Produção Prevista e o modo de cálculo anual da Remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento.

A remuneração anual da Entidade Gestora do estabelecimento é calculada, tal como o Hospital de Cascais, da seguinte forma:

$$RAEGEst_t = (PRO_t + Disp_t + Med_t) - Ded_t$$

Tal como no Hospital de Cascais, as componentes relativas ao consumo de medicamentos e deduções não serão tidas em conta na análise financeira.

Na Tabela 16 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Braga é apresentado os custos unitários por serviço clínico e o seu custo anual, tendo como base do seu cálculo o Ponto 6 da Cláusula 44.^a e o Anexo II ao Contrato, Produção Prevista.

Tabela 16 - Custo por Área de Actividade da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Braga

Área de Actividade	Unidade de Cálculo	Preços de Referência unitário (Preços de Janeiro 2008)	Produção (Contrato de 2009)	C _i Anual por Área de Actividade
Internamento Cirúrgico, Internamento Médico, Cirurgia de Ambulatório e Ambulatório Médico	Doentes Equivalentes - 1º Escalão	1 805,54	10 422	18 817 338
	Doentes Equivalentes - 2º Escalão	1 172,95	1 157	1 357 103
Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Dia de Internamento	85,96	-	-
Urgência	Atendimentos em Urgência - 1º Escalão	89,78	114 000	10 234 920
	Atendimentos em Urgência - 2º Escalão	38,13	6 000	228 780
Consulta Externa	Primeira Consulta	65,61	25 982	1 704 679
	Consulta Subsequente	42,17	49 862	2 102 681
Hospital de Dia Médico	Oncologia	398,59	5 559	2 215 762
	Radioterapia	56,09	-	-
	Pediatria	179,72	-	-
	Psiquiatria	47,85	-	-
	Hemodiálise	86,05	-	-
	Infecçiology	600,64	-	-
	Outras	123,51	-	-
Casos e Actos Específicos	-	293,05	-	-
Disponibilidade da Urgência	-	3 458 913,39	-	3 458 913
				40 120 176

O primeiro fluxo de caixa anual é calculado na Tabela 17, os seguintes foram inflacionados a uma taxa de 2%. A taxa de atualização dos fluxos de caixa é a TIR acionista real mencionada no Ponto 4 da Cláusula 127.^a, 8,64%.

Ano Contratual	C _f Anual	C _f Anual Atualizado
2011	40 120 176	47 352 438
2012	40 922 580	44 458 290
2013	41 741 031	41 741 031
2014	42 575 852	39 189 849
2015	43 427 369	36 794 593
2016	44 295 916	34 545 733
2017	45 181 834	32 434 323
2018	46 085 471	30 451 960
2019	47 007 181	28 590 758
2020	47 947 324	26 843 311
		362 402 286

Tabela 17 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Braga

A PPP da Entidade Gestora de Estabelecimento tem um custo total de cerca de 362 milhões de euros.

Tabela 18- Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Braga

Área de Actividade	Unidade de Cálculo	Preços de Referência unitário (Preços de Janeiro 2008)	Produção (Contrato de 2009)	C _f Anual por Área de Actividade
Internamento Cirúrgico, Internamento Médico, Cirurgia de Ambulatório e Ambulatório Médico	Doentes Equivalentes - 1º Escalão	2 278,08	10 422	23 742 150
	Doentes Equivalentes - 2º Escalão	1 480,75	1 157	1 713 228
Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Dia de Internamento	85,96	-	-
Urgência	Atendimentos em Urgência - 1º Escalão	119,25	114 000	13 594 500
	Atendimentos em Urgência - 2º Escalão	50,64	6 000	303 840
Consulta Externa	Primeira Consulta	87,73	25 982	2 279 401
	Consulta Subsequente	54,06	49 862	2 695 540
Hospital de Dia Médico	Oncologia	467,32	5 559	2 597 832
	Radioterapia	-	-	-
	Pediatria	-	-	-
	Psiquiatria	-	-	-
	Hemodiálise	-	-	-
	Infeciologia	-	-	-
	Outras	145,10	-	-
Casos e Actos Especificos	-	293,05	-	-
Disponibilidade da Urgência	-	4 133 983,82	-	4 133 984
				51 060 475

Na Tabela 18 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Braga é apresentado os custos unitários por serviço clínico e o seu custo anual, tendo como base do seu cálculo o Ponto 6 da Cláusula 44.^a e o Anexo II ao Contrato, Produção Prevista para a PPP.

A Tabela 19 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Braga apresenta o custo total do Investimento público, cerca de 461 milhões de euros. Um custo superior em 27% relativamente à PPP.

Ano Contratual	C _f Anual	C _f Anual Atualizado
2011	51 060 475	60 264 889
2012	52 081 685	56 581 542
2013	53 123 318	53 123 318
2014	54 185 785	49 876 459
2015	55 269 500	46 828 045
2016	56 374 890	43 965 948
2017	57 502 388	41 278 780
2018	58 652 436	38 755 850
2019	59 825 485	36 387 120
2020	61 021 994	34 163 165
		461 225 116

Tabela 19 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Braga

b) Entidade Gestora do Edifício

No Capítulo III do Título III do Contrato é mencionada a Remuneração da Entidade Gestora do Edifício, Somague e Edifer, e no Anexo VIII o modo de cálculo anual da Remuneração da Entidade Gestora do Edifício.

“O montante da renumeração anual devida à Entidade Gestora do Edifício cobre todos os serviços que cabe a esta prestar” (Ponto 3 Cláusula 102.^a) e inclui segundo Anexo VIII ao contrato:

- “Uma componente relativa à disponibilidade do Novo Edifício Hospitalar, a remuneração base anual”;
- “Uma componente correspondente a deduções, a efetuar em função dos níveis de desempenho da Entidade Gestora de Edifício.”

O Ponto 4 da Cláusula 102.^a apresenta os valores da componente variável e fixa da remuneração base anual:

- 1) A componente variável é de 5 051 142 euros, a preços de Janeiro de 2008, logo atualizada a uma taxa de inflação de 2%;
- 2) A componente fixa é apresentada na Tabela 20, a preços correntes de cada ano, não sendo atualizada a taxa de inflação;

A taxa de atualização dos fluxos de caixa é a TIR acionista real mencionada no Ponto 5 da Cláusula 127.^a, 6,99%, previsto no Modelo de Financeiro da Entidade Gestora do Edifício.

Ano Contratual	Componente Variável da Remuneração	Componente Fixa da Remuneração	Cf Anual	Cf Anual Atualizado
2011	5 051 142	12 964 352	18 015 494	20 622 084
2012	5 051 142	17 285 803	22 437 968	24 006 382
2013	5 051 142	17 285 803	22 437 968	22 437 968
2014	5 051 142	17 285 803	22 437 968	20 972 024
2015	5 051 142	17 285 803	22 437 968	19 601 854
2016	5 051 142	17 285 803	22 437 968	18 321 202
2017	5 051 142	17 285 803	22 437 968	17 124 219
2018	5 051 142	17 285 803	22 437 968	16 005 439
2019	5 051 142	5 321 451	10 473 616	6 982 927
2020	5 051 142	1 000 000	6 152 165	3 833 766
2021	5 051 142	100 000	5 252 165	3 059 094
2022	5 051 142	100 000	5 252 165	2 859 234
2023	5 051 142	100 000	5 252 165	2 672 431
2024	5 051 142	100 000	5 252 165	2 497 832
2025	5 051 142	100 000	5 252 165	2 334 641
2026	5 051 142	100 000	5 252 165	2 182 111
2027	5 051 142	100 000	5 252 165	2 039 547
2028	5 051 142	100 000	5 252 165	1 906 297
2029	5 051 142	100 000	5 252 165	1 781 752
2030	5 051 142	100 000	5 252 165	1 665 345
2031	5 051 142	100 000	5 252 165	1 556 542
2032	5 051 142	100 000	5 252 165	1 454 849
2033	5 051 142	100 000	5 252 165	1 359 799
2034	5 051 142	100 000	5 252 165	1 270 959
2035	5 051 142	100 000	5 252 165	1 187 923
2036	5 051 142	100 000	5 252 165	1 110 312
2037	5 051 142	100 000	5 252 165	1 037 772
2038	5 051 142	100 000	5 252 165	969 971
2039	5 051 142	-	5 152 165	889 338
				203 743 614

Tabela 20 - Custo Anual da Gestão do Edifício PPP do Hospital de Braga

A PPP da Entidade Gestora de Edifício tem um custo total de cerca de 204 milhões de euros.

O Investimento Público terá um único fluxo de caixa para a construção do novo hospital, o montante de 161,56 milhões⁶, mais uma componente variável.

Ano Contratual	Componente Variável da Remuneração	Cf Anual	Cf Anual Actualizado
2011	16 342 427	16 342 427	18 706 948
2012	16 669 276	16 669 276	17 484 763
2013	17 002 661	17 002 661	16 669 276
2014	17 342 715	17 342 715	15 891 823
2015	17 689 569	17 689 569	15 150 630
2016	18 043 360	18 043 360	14 444 007
2017	18 404 228	18 404 228	13 770 340
2018	18 772 312	18 772 312	13 128 093
2019	19 147 758	19 147 758	12 515 801
2020	19 530 713	19 530 713	11 932 065
2021	19 921 328	19 921 328	11 375 555
2022	20 319 754	20 319 754	10 845 001
2023	20 726 149	20 726 149	10 339 191
2024	21 140 672	21 140 672	9 856 973
2025	21 563 486	21 563 486	9 397 245
2026	21 994 756	21 994 756	8 958 959
2027	22 434 651	22 434 651	8 541 114
2028	22 883 344	22 883 344	8 142 757
2029	23 341 011	23 341 011	7 762 980
2030	23 807 831	23 807 831	7 400 916
2031	24 283 987	24 283 987	7 055 738
2032	24 769 667	24 769 667	6 726 659
2033	25 265 060	25 265 060	6 412 929
2034	25 770 362	25 770 362	6 113 831
2035	26 285 769	26 285 769	5 828 682
2036	26 811 484	26 811 484	5 556 833
2037	27 347 714	27 347 714	5 297 663
2038	27 894 668	27 894 668	5 050 581
2039	28 452 562	28 452 562	4 815 023
			295 172 376

Tabela 21 - Custo Anual da Gestão do Edifício Investimento Público do Hospital de Braga

⁶ O investimento é de 123,3 milhões de euros a preços de 2009, a preços de 2013 é de cerca 161,56 milhões.

A componente variável, apresentada na Tabela 20, é calculada tendo por base um hospital que pertence ao grupo de referência, neste caso o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE⁷, tendo em conta o número de camas. O custo variável da Gestão de Edifício atinge aos 295 milhões ao longo do ciclo de vida do projeto.

O Investimento Público da Entidade Gestora de Edifício tem um custo total de cerca de 456,73 milhões de euros. A Gestão do Edifício na vertente pública apresenta um custo superior em 124% comparativamente à PPP.

c) Comparador Público vs. PPP

Na Tabela 22 - Comparador Público vs. PPP do Hospital de Braga – verificamos que a PPP tem um custo inferior ao investimento público, tornando a Transferência de Risco negativa, no valor de cerca de 375 milhões.

	PSC (Comparador Público)	PPP
NPV of cost of public-sector procurement (including CAPEX and OPEX)	917 958 229	
NPV of Service Fees (renda anual)		556 145 900
NPV of Risk Adjustment	-375 246 663	
NPV of Additional Tax	21 611 860 ⁸	
Risk - Adjusted NPV Cost (Total)	556 145 900	556 145 900

Tabela 22 - Comparador Público vs. PPP do Hospital de Braga

A Tabela 23 – Transferência de Risco por ano do Hospital de Braga – mostra-nos o valor da Transferência de Risco ao longo do ciclo de vida do projeto, 30 anos. No ano de 2011 apresenta o valor negativo mais elevado, 174 milhões, uma vez que é neste ano que é contabilizado o investimento público na construção do edifício, 161,56 milhões de euros.

⁷ No ano de 2010, o custo de Fornecimento de Serviços Externos do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE é de aproximadamente 14 milhões anuais. O Centro Hospitalar no ano de 2010 dispunha de 585 camas.

⁸ O cálculo da Poupança Fiscal é demonstrado no Anexo II.

Tabela 23 – Transferência de Risco anual do Hospital de Braga

Ano	Comparador Público vs. PPP
2011	-174 081 393
2012	-7 071 643
2013	-7 030 687
2014	-6 970 971
2015	-6 894 623
2016	-6 803 586
2017	-6 699 627
2018	-6 584 364
2019	-14 436 090
2020	-16 474 277
2021	-9 322 069
2022	-8 941 044
2023	-8 571 869
2024	-8 214 217
2025	-7 867 759
2026	-7 532 166
2027	-7 207 107
2028	-6 892 255
2029	-6 587 286
2030	-6 291 873
2031	-6 005 696
2032	-5 728 436
2033	-5 459 784
2034	-5 199 427
2035	-4,947,061
2036	-4 702 390
2037	-4 465 118
2038	-4 234 957
2039	-4 028 888
Total	-375 246 663

d) TIR Acionista Real da PPP vs. *yield* dos títulos do tesouro vs. Taxa de Retornos dos Acionistas (ROE)

A TIR Acionista Real exigida pelas Entidades Gestora do Estabelecimento e Entidade Gestora do Edifício são respetivamente 8,64% e 6,99%, o que perfaz uma média ponderada de 8,05%. A *yield* dos títulos de Tesouro, *risk free*, a 9 de Fevereiro de 2009, data de assinatura do contrato PPP foi de 4,75%. O Gráfico 5 mostra-nos a *Security Market Line* do investimento PPP, linha azul, tendo em conta a média ponderada da TIR Acionista Real contratualizadas e do concessionário vencedor da proposta PPP, Grupo Mello, linha vermelha, tendo em conta uma média da ROE nos dois últimos anos. O Beta, β , será igual a 1.

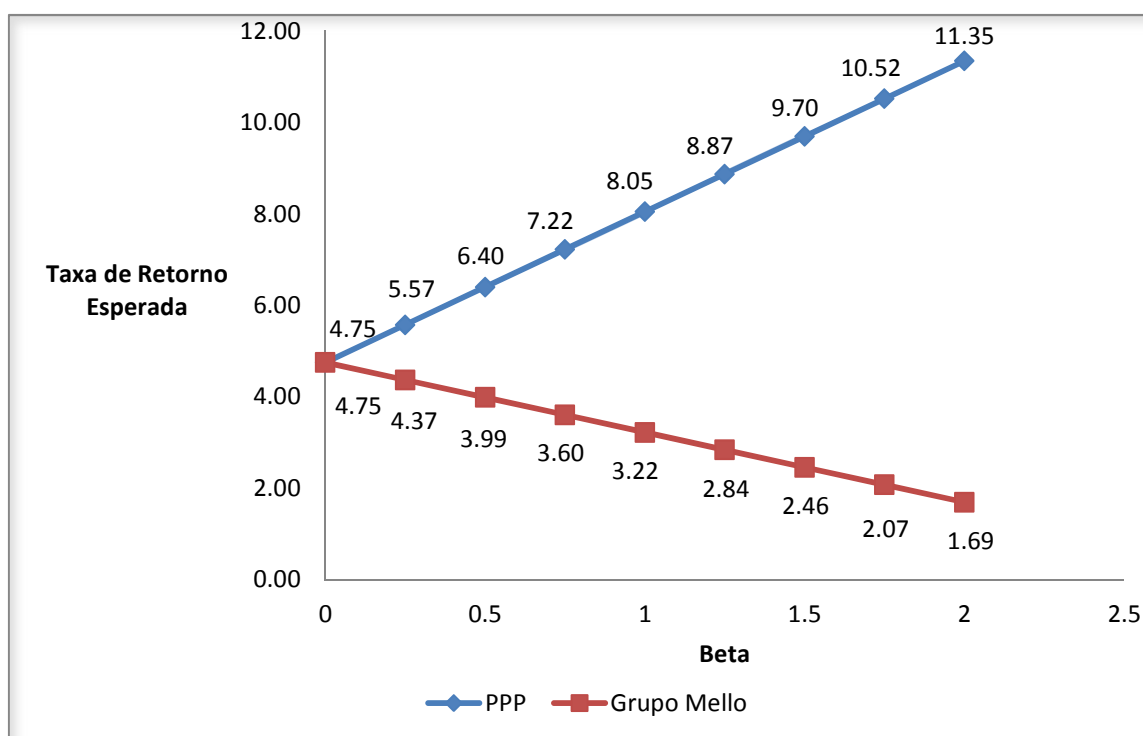


Gráfico 5: *Security Market Line* do investimento PPP Braga e Grupo Mello

O grupo José de Mello Saúde (JMS), a Entidade Gestora do Estabelecimento, tendo como base o ano de 2011⁹, tinha um Retorno de Capital (*ROE- Return of Equity*) de 3.22%.

Logo, o investimento PPP é superior em 4,83 pontos percentuais ao retorno exigido pelos acionistas do grupo Mello. A diferença no retorno no investimento pode ser verificada no Gráfico 5, onde as duas linhas se vão afastando ao longo do eixo *Beta*.

⁹ O último Relatório de Contas do Grupo Mello publicado *online* data do ano de 2011.

4.3. Projeto Hospital Vila Franca de Xira

O contrato entre o Estado e o consórcio vencedor do concurso, Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Edifício, S. A. e Escala Vila Franca - Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. liderado pelo Grupo de Mello Saúde, foi assinado a 25 de Outubro de 2010. A abertura estava prevista para o primeiro trimestre de 2013, ocorrendo no mês de Abril do mesmo ano.

O novo hospital irá servir cerca de 215 mil habitantes dos concelhos de Vila Franca de Xira, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja e Benavente. A unidade terá todas as valências centrais de um hospital e estará integrado na rede oficial hospitalar, sendo classificado como hospital geral e distrital (Fonte Electrónica:

http://www.josedemello.pt/gjm_press_05.asp?lang=pt&empresa=2¬icia=8609):

- Uma área de recinto hospitalar de 10,000 m²;
- Uma área de construção hospitalar de 65,320 m²;
- Um n^o total de camas de 280;
- 9 Salas de bloco operatório (inclui cirurgia ambulatória);
- 6 salas de parto; e
- 33 gabinetes de consulta externa.

O consórcio “Escala Vila Franca” iniciou as obras a 16 de Maio de 2011, num investimento superior a 100 milhões de euros (Fonte: Grupo José de Mello Saúde) – segundo o governo o investimento da EG Ed será de 80,4 milhões e do EG Est será de 2,6 milhões.

4.3.1. Análise Financeira

O Ponto 1 da Cláusula 8.^a, Duração do contrato refere os prazos:

- a) “Quanto à Entidade Gestora do Estabelecimento, de dez anos, contados da data de Transmissão do Estabelecimento Hospitalar, nos termos da Cláusula 140.^a, do contrato;
- b) Quanto à Entidade Gestora do Edifício, de trinta anos, contados da data de produção de efeitos do Contrato, nos termos da Cláusula 140.^a do Contrato”.

O “contrato, relativamente à Entidade Gestora do Estabelecimento, pode ser renovado por sucessivos períodos não superiores a dez anos cada um” (Ponto 2 Cláusula 8ª do Contrato), porém essas eventuais renovações não podem exceder o “prazo previsto para o Contrato na parte respeitante à Entidade Gestora do Edifício” (Ponto 3 Cláusula 8ª do Contrato).

Na atualização dos fluxos de caixa irá ser utilizada a TIR acionista real prevista no Modelo Financeiro de cada uma das entidades mencionada na Cláusula 125.ª – Reposição do equilíbrio financeiro.

a) Entidade Gestora do Estabelecimento

A remuneração da Entidade Gestora do Estabelecimento, Escala Vila Franca - Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A., tem como base o modelo anteriormente apresentado (Anexo VII ao Contrato):

$$RAEGEst_t = (PRO_t + Disp_t + Med_t) - Ded_t$$

Tal como no Hospital de Cascais e Braga, as componentes relativas ao consumo de medicamentos e deduções não serão tidas em conta na análise financeira.

Na Tabela 24 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento PPP do Hospital de Vila Franca de Xira é apresentado os custos unitários por serviço clínico e o seu custo anual, tendo como base do seu cálculo o Ponto 8 da Cláusula 44ª e o Anexo II ao Contrato, Produção Prevista.

Tabela 24 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento PPP de Vila Franca de Xira

Área de Actividade	Unidade de Cálculo	Preços de Referência unitário (Preços de Janeiro 2010)	Produção (Contrato de 2012)	C _f Anual por Área de Actividade
Internamento Cirúrgico, Internamento Médico, Cirurgia de Ambulatório e Ambulatório Médico	Doentes Equivalentes - 1º Escalão	1 896,50	12 538	23 778 014
	Doentes Equivalentes - 2º Escalão	1 232,63	1 471	1 813 100
Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Dia de Internamento	15,30	1 933	29 575
Urgência	Atendimentos em Urgência	88,09	83 047	7 315 610
Consulta Externa	Primeira Consulta	74,85	24 376	1 824 544
	Consulta Subsequente	56,13	79 510	4 462 896
Hospital de Dia	Psiquiatria	87,61	-	-
	Outras	205,84	-	-
Casos e Actos Específicos	-	293,05	10	2 931
Disponibilidade da Urgência	-	4 542 613,01	-	4 542 613
				43 769 283

O primeiro fluxo de caixa anual é o calculado na Tabela 25, os seguintes foram inflacionados a uma taxa de 2%. A taxa de atualização dos fluxos de caixa é a TIR acionista real mencionada no Ponto 4 da Cláusula 125^a, 13,17%.

Ano Contratual	C _f Anual	C _f Anual Atualizado
2012	43 769 283	48 925 305
2013	44 644 669	44 644 669
2014	45 537 562	40 738 560
2015	46 448 313	37 174 209
2016	47 377 280	33 921 715
2017	48 324 825	30 953 793
2018	49 291 322	28 245 544
2019	50 277 148	25 774 248
2020	51 282 691	23 519 174
2021	52 308 345	21 461 404
2022	53 354 512	19 583 675
		354 942 296

Tabela 25: Custo Anual da Gestão do Estabelecimento PPP de Vila Franca de Xira

A PPP da Entidade Gestora de Estabelecimento tem um custo total de cerca de 355 milhões de euros.

Tabela 26 - Custo por Área de Actividade da Gestão do Estabelecimento Investimento Público de Vila Franca de Xira

Área de Actividade	Unidade de Cálculo	Preços de Referência unitário (Preços de Janeiro 2010)	Produção (Contrato de 2012)	C _f Anual por Área de Actividade
Internamento Cirúrgico, Internamento Médico, Cirurgia de Ambulatório e Ambulatório Médico	Doentes Equivalentes - 1º Escalão	2 211,91	12 538	27 732 574
	Doentes Equivalentes - 2º Escalão	1 437,74	1 471	2 114 800
Internamento de Utentes Elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Dia de Internamento	15,30	1 933	29 575
Urgência	Atendimentos em Urgência	90,70	83 047	7 532 363
Consulta Externa	Primeira Consulta	72,21	24 376	1 760 191
	Consulta Subsequente	65,21	79 510	5 184 847
Hospital de Dia	Psiquiatria	-	-	-
	Outras	-	-	-
Casos e Actos Específicos	-	293,05	10	2 931
Disponibilidade da Urgência	-	5 688 142,86	-	5 688 143
				50 045 424

Na Tabela 26 - Custo por Área de Atividade da Gestão do Estabelecimento Investimento Público do Hospital de Vila Franca de Xira é apresentado os custos unitários por serviço clínico e o seu custo anual e na Tabela 27 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento Investimento Público apresenta o custo total do Investimento público, cerca de 406 milhões de euros. Um custo superior em 14% relativamente à PPP.

Ano Contratual	C _f Anual	C _f Anual Atualizado
2012	50 045 424	55 940 775
2013	51 046 332	51 046 332
2014	52 067 259	46 580 121
2015	53 108 604	42 504 673
2016	54 170 776	38 785 799
2017	55 254 192	35 392 302
2018	56 359 276	32 295 713
2019	57 486 461	29 470 055
2020	58 636 191	26 891 623
2021	59 808 914	24 538 786
2022	61 005 093	22 391 807
		405 837 986

Tabela 27 - Custo Anual da Gestão do Estabelecimento Investimento Público de Vila Franca de Xira

b) Entidade Gestora do Edifício

No Capítulo III do Título III do Contrato é mencionada a Remuneração da Entidade Gestora do Edifício, Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Edifício, S. A., e no Anexo VIII o modo de cálculo anual da Remuneração da Entidade Gestora do Edifício.

O modo de cálculo da Remuneração da Entidade Gestora é igual ao anteriormente utilizado, onde existe:

- “Uma componente relativa à disponibilidade do Novo Edifício Hospitalar, a remuneração base anual”;
- “Uma componente correspondente a deduções, a efetuar em função dos níveis de desempenho da Entidade Gestora de Edifício.”

O Ponto 5 da Cláusula 100.^a apresenta os valores da componente variável e fixa da remuneração base anual:

- 1) A componente variável é de 4 368 199 milhões de euros, a preços correntes de cada ano, logo atualizada a uma taxa de inflação de 2%;
- 2) A componente fixa é apresentada na Tabela 28, a preços de Janeiro de 2010, não sendo atualizada a taxa de inflação.

A taxa de atualização dos fluxos de caixa é a TIR acionista real mencionada no Ponto 5 da Cláusula 125.^a, 8,68%, previsto no Modelo de Financeiro da Entidade Gestora do Edifício.

Ano Contratual	Componente Variável da Remuneração	Componente Fixa da Remuneração	C _f Anual	C _f Anual Atualizado
2012	4 368 199	18 792 000	23 160 199	25 119 552
2013	4 368 199	19 167 840	23 623 403	23 623 403
2014	4 368 199	19 167 840	23 623 403	21 780 751
2015	4 368 199	17 748 000	22 203,563	18 874 848
2016	4 368 199	11 832 000	16 287 563	12 765 779
2017	4 368 199	3 549 600	8 005 163	5 784 846
2018	4 368 199	1 943 332	6 398 895	4 263 409
2019	4 368 199	1 943 332	6 398 895	3 930 858
2020	4 368 199	1 651 832	6 107 395	3 459 145
2021	4 368 199	1 088 266	5 543 829	2 895 029
2022	4 368 199	-	4 455 563	2 145 241
2023	4 368 199	-	4 455 563	1 977 910
2024	4 368 199	-	4 455 563	1 823 631
2025	4 368 199	-	4 455 563	1 681 386
2026	4 368 199	-	4 455 563	1 550 236
2027	4 368 199	-	4 455 563	1 429 316
2028	4 368 199	-	4 455 563	1 317 828
2029	4 368 199	-	4 455 563	1 215 036
2030	4 368 199	-	4 455 563	1 120 261
2031	4 368 199	-	4 455 563	1 032 880
2032	4 368 199	-	4 455 563	952 314
2033	4 368 199	-	4 455 563	878 032
2034	4 368 199	-	4 455 563	809 545
2035	4 368 199	-	4 455 563	746 400
2036	4 368 199	-	4 455 563	688 180
2037	4 368 199	-	4 455 563	634 501
2038	4 368 199	-	4 455 563	585 009
2039	4 368 199	-	4 455 563	539 378
2040	4 368 199	-	4 455 563	497 306
2041	4 368 199	-	4 455 563	458 515
				144 580 525

Tabela 28 - Custo Anual da Gestão do Edifício PPP de Vila Franca de Xira

A PPP da Entidade Gestora de Edifício apresenta um custo total de cerca de 145 milhões de euros.

O Investimento Público terá um único fluxo de caixa para a construção do novo hospital, o montante de 95,69 milhões¹⁰, mais uma componente variável.

Ano Contratual	Componente Variável da Remuneração	C _f Anual	C _f Anual Atualizado
2012	6 333 444	6 333 444	6 869 253
2013	6 460 113	6 460 113	6 333 444
2014	6 589 315	6 589 315	5 956 217
2015	6 721 101	6 721 101	5 601 458
2016	6 855 523	6 855 523	5 267 829
2017	6 992 634	6 992 634	4 954 071
2018	7 132 486	7 132 486	4 659 001
2019	7 275 136	7 275 136	4 381 505
2020	7 420 639	7 420 639	4 120 538
2021	7 569 051	7 569 051	3 875 114
2022	7 720 433	7 720 433	3 644 308
2023	7 874 841	7 874 841	3 427 249
2024	8 032 338	8 032 338	3 223 118
2025	8 192 985	8 192 985	3 031 145
2026	8 356 844	8 356 844	2 850 607
2027	8 523 981	8 523 981	2 680 822
2028	8 694 461	8 694 461	2 521 149
2029	8 868 350	8 868 350	2 370 986
2030	9 045 717	9 045 717	2 229 768
2031	9 226 632	9 226 632	2 096 960
2032	9 411 164	9 411 164	1 972 063
2033	9 599 387	9 599 387	1 854 605
2034	9 791 375	9 791 375	1 744 142
2035	9 987 203	9 987 203	1 640 259
2036	10 186 947	10 186 947	1 542 564
2037	10 390 686	10 390 686	1 450 687
2038	10 598 499	10 598 499	1 364 282
2039	10 810 469	10 810 469	1 283 024
2040	11 026 679	11 026 679	1 206 606
2041	11 247 212	11 247 212	1 134 739
			95 287 513

Tabela 29 - Custo Anual da Gestão do Edifício Investimento Público de Vila Franca de Xira

¹⁰ O investimento é de 75 milhões de euros a preços 2010, a preços de 2013 é de cerca 95,69 milhões.

A componente variável, apresentada na Tabela 29, é calculada tendo por base um hospital que pertence ao grupo de referência, neste caso o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE¹¹, tendo em conta o número de camas. O custo variável da Gestão de Edifício atinge aos 95 milhões ao longo do ciclo de vida do projeto.

O Investimento Público da Entidade Gestora de Edifício tem um custo total de cerca de 190.98 milhões de euros. A Gestão do Edifício na vertente pública apresenta um custo superior em 32% comparativamente à PPP.

c) Comparador Público vs. PPP

Na Tabela 30 - Comparador Público vs. PPP do Hospital de Vila Franca de Xira – verificamos que a PPP tem um custo inferior ao investimento público, tornando a Transferência de Risco negativa, no valor de 106 milhões.

	PSC (Comparador Público)	PPP
NPV of cost of public-sector procurement (including CAPEX and OPEX)	596 816 272	-
NPV of Service Fees (renda anual)	-	499 522 821
NPV of Risk Adjustment	-105 717 215	-
NPV of Additional Tax	14 600 150 ¹²	-
Risk - Adjusted NPV Cost (Total)	499 522 821	499 522 821

Tabela 30 - Comparador Público vs. PPP do Hospital de Vila Franca de Xira

A Tabela 31 – Transferência de Risco por ano do Hospital de Vila Franca de Xira – mostra-nos o valor da Transferência de Risco ao longo do ciclo de vida do projeto, 30 anos. No ano de 2012 apresenta o valor negativo mais elevado, 85 milhões, uma vez que é neste ano que é contabilizado o investimento público na construção do edifício, 95,69 milhões de euros.

¹¹ No ano de 2010, o custo de Fornecimento de Serviços Externos do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE de aproximadamente 39 milhões anuais. O Centro hospitalar no ano de 2010 disponha de 1 300 camas.

¹² O cálculo da Poupança Fiscal é demonstrado no Anexo III.

Tabela 31 – Transferência de Risco anual do Hospital de Vila Franca de Xira

Ano	Comparador Público vs. PPP
2012	-85 024 913
2013	10 341 289
2014	9 457 656
2015	7 439 035
2016	2 151 144
2017	-4 069 535
2018	-4 886 884
2019	-4 567 132
2020	-4 434 303
2021	-4 437 932
2022	-4 667 881
2023	-1 790 445
2024	-1 721 216
2025	-1 652 305
2026	-1 583 922
2027	-1 516 241
2028	-1 449 414
2029	-1 383 569
2030	-1 318 814
2031	-1 255 229
2032	-1 192 891
2033	-1 131 850
2034	-1 072 148
2035	-1 013 814
2036	-956 870
2037	-901 323
2038	-847 175
2039	-794 423
2040	-743 055
2041	-693 055
Total	-105 717 215

d) TIR Acionista Real da PPP vs. *yield* dos títulos do tesouro vs. Taxa de Retornos dos Acionistas (ROE)

A TIR Acionista Real exigida pelas Entidades Gestora do Estabelecimento e Entidade Gestora do Edifício são respetivamente 13,17% e 8,68%, o que perfaz uma média ponderada de 11,91%.

A *yield* dos títulos de Tesouro, *risk free*, a 25 de Outubro de 2010, data da assinatura do contrato PPP foi de 5,699%. O Gráfico 6 mostra-nos a *Security Market Line* do investimento PPP, linha azul, tendo em conta a média ponderada da TIR Acionista Real contratualizadas e do concessionário vencedor da proposta PPP, Grupo Mello, linha vermelha, tendo em conta uma média da ROE nos dois últimos anos. O Beta, β , será igual a 1.

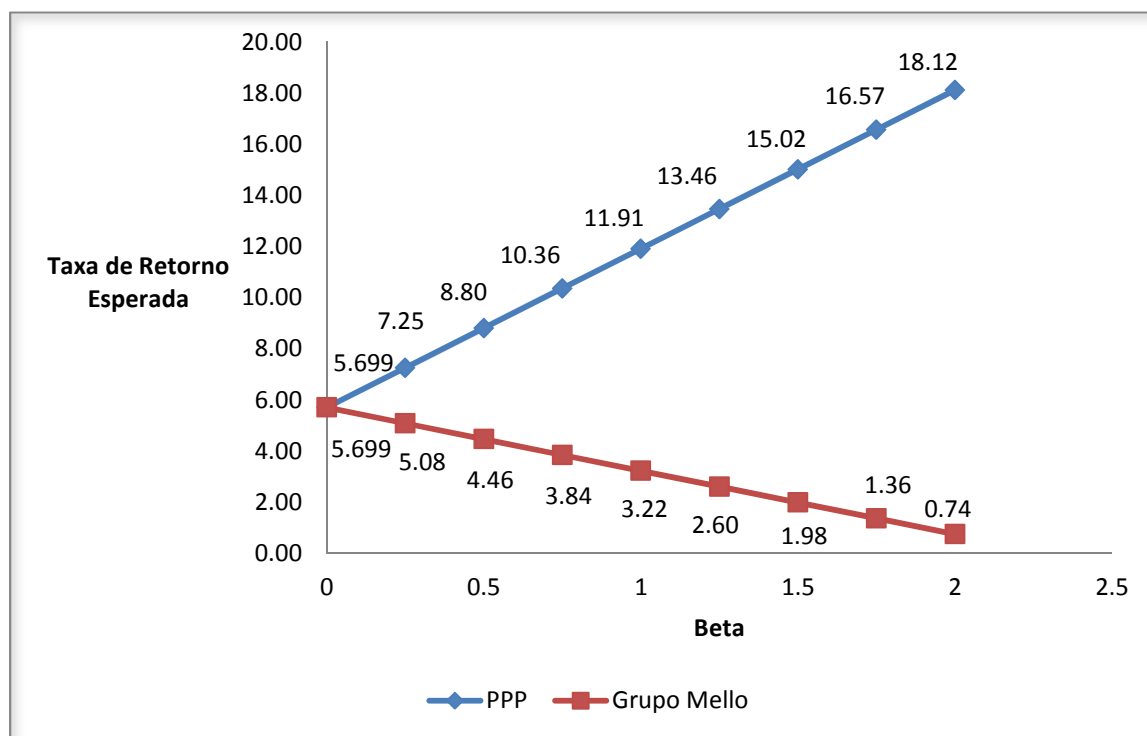


Gráfico 6: *Security Market Line* do investimento PPP Vila Franca de Xira e Grupo Mello

O grupo José de Mello Saúde (JMS), a Entidade Gestora do Estabelecimento, tendo como base o ano de 2011¹³, tinha um Retorno de Capital (*ROE- Return of Equity*) de 3,22%.

Logo, o investimento PPP é superior em 8,69 pontos percentuais ao retorno exigido pelos acionistas do grupo Mello. A diferença no retorno no investimento pode ser verificada no Gráfico 6, e onde mais uma vez as duas linhas se vão afastando ao longo do eixo *Beta*.

4.4. Análise dos resultados obtidos

A Tabela 32 – Comparação entre o Custo Público Comparável e o valor da PPP dos três Projetos de Investimento – apresenta um resumo da avaliação dos três projectos de investimento analisados.

¹³ O último Relatório de Contas do Grupo Mello publicado *online* data do ano de 2011.

Tabela 32 – Comparação entre o Custo Público Comparável e o valor da PPP dos três Projetos de Investimento

Projeto		Investimento	PPP	Diferencial	Percentagem	Observações
		Publico	Em euros	Em euros	(%)	
		Em euros	Em euros			(Milhoes de Euros)
Cascais	Entidade Gestora do Estabelecimento	488	420	-66	-16%	
	Entidade Gestora do Edifício	303	124	-179	-144%	
	TOTAL	791	544	-247	-45%	Valores atualizados a 2013.
Braga	Entidade Gestora do Estabelecimento	461	362	-99	-27%	
	Entidade Gestora do Edifício	457	204	-253	-124%	
	TOTAL	918	566	-352	-62%	Valores atualizados a 2013.
Vila Franca de Xira	Entidade Gestora do Estabelecimento	406	355	-51	-14%	
	Entidade Gestora do Edifício	191	145	-46	-32%	
	TOTAL	597	500	-97	-19%	Valores atualizados a 2013.

Os três projetos de investimento financiados via Parceria Público Privado permitem uma poupança total de 696 milhões de euros: Cascais 247 milhões, Braga 352 milhões de euros e Vila Franca de Xira 97 milhões de euros.

Desta forma, os três projetos de investimento apresentam um Comparador Público superior à Parceria Público-Privada, permitindo ao Estado Português uma poupança quer no ponto de vista de construção e da manutenção do novo hospital quer a nível de gestão clínica do mesmo.

Segundo Yescombe, o projeto investimento público deveria ser mais barato que o projeto PPP, o que não acontece em nenhum dos projetos portugueses PPP dos hospitais. Logo, a transferência de risco, que deveria ter um custo para o estado português, pelo contrário proporciona-lhe uma poupança.

Tabela 33 – Resumo Transferência de Risco dos três projetos PPP dos Hospitais

Transferência de Risco	Em milhões de euros
Hospital de Cascais	-256
Hospital de Braga	-375
Hospital de Vila Franca de Xira	-106

Porém, existem riscos que são transferidos ao privado e que deveriam ter um custo ao público, sendo os mais relevantes:

- a) risco da procura: em todos os projetos PPP nos Hospitais o risco da procura está alocado às concessionárias, uma vez que é o Estado que determina a oferta dos cuidados de saúde na área de influência, logo as concessionárias não têm qualquer influência neste ponto (Relatório Tribunal de Contas; p. 16); e
- b) reposição do equilíbrio financeiro: os riscos decorrentes da existência, nas concessionárias responsáveis pelos serviços clínicos, de desempenhos negativos, com insuficiências a nível de capitais próprios (Relatório Tribunal de Contas; p. 17).

Relativamente à Taxa de Retorno Esperada pelos acionistas, verifica-se que o valor exigido pelos acionistas nos projetos PPP é superior ao exigido pela empresa. Nos três gráficos as linhas vão-se afastando ao longo do eixo Beta, logo quanto maior é o risco da carteira de ativos maior será a diferença entre as *Security Market Line*.

A *Security Market Line* das três PPP vai aumentando ao longo do eixo β , isto acontece uma vez que os acionistas vão exigir um retorno de investimento superior quanto maior seja o risco da PPP. Pelo contrário, a *Security Market Line* de ambos os concessionários, Grupo Mello e HPP, o risco vai aumentando e o retorno de investimento vai diminuindo, isto acontece porque a taxa de juro dos bilhetes de tesouro, sem risco, é superior à rendibilidade exigida pelos acionistas, ROE.

Uma limitação na análise da ROE vs. TIR Acionista Real, é o facto de no cálculo da ROE ter-se em conta dados históricos, de somente dois anos, enquanto a TIR é uma taxa de rendimentos futuros e a 30 anos.

Importante salientar que a rendibilidade exigida pelos acionistas, ROE, *proxy* da Taxa de Retorno Esperada, calculada é baseada no seu valor contabilístico, não contendo assim toda a verdade¹⁴ e apresentando as suas limitações, visto ser um modelo muito simplificado do cálculo da Taxa de Retorno Esperada (r_m). Contudo, a análise pode ser complementada como outros métodos como seja o Dividend Discount Model¹⁵.

Os acionistas do Grupo Mello e Grupo HPP Saúde Caixa Geral de Depósitos identificam que os projetos PPP têm mais risco que os projetos da empresa, logo identificam e cobram um montante pela transferência de risco.

Porém, na análise realizada ao Comparador Público e a PPP essa transferência de risco é negativa, não existindo teoricamente nenhuma transferência de risco. Assim sendo, os acionistas não cobram qualquer montante pelo risco assumindo, sendo mesmo adverso a este.

¹⁴ Brealey e Myers mencionam: «Contudo, o CAPM estabelece que o beta é a única razão pela qual as rendibilidades esperadas diferem. Se os investidores esperassem que as rendibilidades dependessem da dimensão da empresa ou do rácio do valor de mercado relativamente ao valor contabilístico, então a versão simples do modelo CAPM não conteria toda a verdade.»

¹⁵ O Dividend Discounted Model consiste: $R_m = (\text{Dividendo esperado no ano } n) / (\text{preço acção da empresa no ano } n-1) + \text{taxa de crescimento esperado do dividendo}$; sendo a taxa de crescimento esperado do dividendo = $ROE * (1 - \text{taxa de payout do dividendo segundo política da empresa})$

5. Conclusão

Na avaliação de um projeto de investimento tem que se ter em conta um conjunto de aspetos essenciais para a aceitação do projeto: i) identificação dos benefícios do projeto; ii) análise custo-benefício feito através de do método VAL ou IRR; iii) análise do risco; e iv) viabilidade financeira.

Uma vez feita a justificação financeira do projeto de investimento é preciso identificar se a melhor maneira de financiamento é via o instrumento financeiro Parceria Público-Privada para isso tem que ser em conta dois conceitos: Comparador Público e *Value for Money*.

O Comparador Público é um método que permite comparar o custo-benefício do projeto financiado através de um investimento público e uma PPP. O *Value for Money* ocorre quando o projeto financiado via PPP proporciona um ganho para o Estado e para a sociedade.

O Tribunal de Contas, na avaliação das PPP das grandes unidades hospitalares identifica o apuramento de *Value for Money* na fase de contratação e um controlo dos encargos públicos, uma vez que existe um processo anual de negociação da produção clínica com os concessionários. (Relatório de Tribunal de Contas; PP. 16-17)

No cálculo do Comparador Público dos três projetos de investimento, onde é tido em conta os valores apresentados nos contratos, o Estado Português obtém uma poupança de 696 milhões de euros.

Os projetos PPP tornam-se assim vantajosos para o Estado Português porém outras questões se levantam:

- i) A gestão pública dos hospitais é danosa para o Estado ou tem que ser melhor analisada?
- ii) O modelo base apresenta a realidade dos hospitais portugueses ou apresenta custos muito elevados?

Finalmente, no último capítulo será apresentada a discussão e a principais conclusões da dissertação. Inicialmente com um sumário das conclusões e as novas evidências encontradas com o trabalho, as suas limitações e implicações futuras.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As Parcerias Público-Privadas é uma ferramenta da Nova Gestão Pública implementada em vários países e que torna difícil limitar o que é setor público e o que é privado. As PPP são um instrumento financeiro onde o setor público realiza um contrato de longa duração com o privado, tendo como principal característica a transferência de risco do público para o privado. A implementação destas parcerias têm vindo a aumentar ao longo dos anos, tendo como principal objetivo ultrapassar as restrições orçamentais impostas pelo Tratado de Maastricht e o deficit de infraestruturas e de serviços públicos.

Portugal é o país líder, em termos percentuais do Produto Interno Bruto, da União Europeia na contratação de investimento público e de prestação de serviços com recurso ao instrumento Parcerias Público-Privadas.

A assinatura destes contratos faz com que o Estado Português esteja, pelo menos, até 2029, preso a um grande volume de despesas, que se conta em milhões por ano. Daí, com as atuais restrições orçamentais e a crise estes contratos estejam na linha da frente de todos os debates económicos.

Na saúde, o modelo de parcerias entre o setor público e privado foi formalmente estabelecido através do Decreto-Lei 185/2002 de 20 de Agosto, onde “uma das prioridades do Governo o aprofundamento das experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial e de mobilização do investimento não público no sistema de saúde”.

O Programa de Parcerias Público-Privadas da Saúde do Decreto-Lei 185/2002 sofreu uma grande derrapagem temporal, onde o principal culpado é o próprio Estado, que tem vindo a revelar, desde à muito tempo, uma incapacidade de controlo e uma adequada disciplina de gestão dos processos contratuais. (Relatório do Tribunal de Contas; 2009)

Outro problema identificado pelo Tribunal de Conta foi a implementação de um modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional, no âmbito de um Ministério – o da Saúde, e onde não existia qualquer experiência prévia em PPP. A falta de experiência do Estado levou a este a recorrer ao *outsourcing*, contratação de uma empresa externa, com uma intervenção mais limitada do Ministério da Saúde. (Relatório do Tribunal de Contas; 2009)

Na implementação das PPP no setor da saúde não foi realizado qualquer projeto piloto que ajudasse a analisar os problemas e dificuldades do modelo complexo criado.

O setor da saúde representa somente 3% do investimento total em regime de PPP e os encargos encontram-se em sentido ascendente nos últimos anos com a entrada em funcionamento dos três hospitais analisados. Porém, estes encargos não representam na sua totalidade um acréscimo de despesa. (Relatório Tribunal de Contas; 2013)

O Tribunal de Contas considera que existe um otimismo excessivo nas previsões dos encargos com as PPP da saúde apresentadas pelo Ministério das Finanças, uma vez que houve o uso inadequado de taxa de desconto real de 4 pontos percentuais (Relatório Tribunal de Contas; p. 16).

1. Limites do Estudo

Ao longo do estudo foram encontrados os seguintes limites:

- a) **Recolha de Informação** – a dificuldade em encontrar informação precisa sobre os custos e despesas nas PPP e investimento público, Comparador Público, sendo somente utilizada a informação existente nos contratos assinados, porém estas previsões de procura/produção do caso base não são vinculativas; e
- b) **Complexidade das variáveis** – o cálculo da remuneração da Entidade na Gestora do Estabelecimento é mais complexa do que a apresentada, o cálculo no estudo foi simplificado.

2. Conclusões

As Parcerias Público-Privadas devem ser consideradas como uma opção entre várias opções possíveis de financiamento, apenas para ser aplicada quando a situação e as características do projeto o permitam e sejam demonstradas claras vantagens/benefícios na implementação do instrumento.

A decisão da Autoridade Pública deve ser sempre se a PPP proporciona vantagens relativamente ao investimento público e não entre a PPP e a não realização do projeto, quer por via PPP quer investimento público. Uma vez que a Autoridade Pública e os seus conselheiros ver-se-ão numa posição que terão de ajustar o Comparador Público às suas necessidades, que associado à objetividade do processo, proporciona uma deturpação da realidade (Comparador Público).

O PSC tem sido alvo de várias críticas por diversos autores, que consideram que os seus benefícios são superestimados e que a utilização deste método levanta um conjunto de deficiências. (Dewulf and Others; pp. 128-129)

As deficiências podem ser de dois tipos: a liberdade de ação, uma vez que o Comparador não permite alterar os custos após a assinatura do contrato; e o método de cálculo, uma vez que estimar benefícios e custos é complicado e estes estão sujeitos a manipulação. (Dewulf and Others; pp. 129-134)

Nos três projetos de investimento estudados, Hospital de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, a vantagem financeira foi apresentada, proporcionando uma poupança ao Estado de 696 milhões de euros, relativamente ao Comparador Público. O Hospital de Braga é que proporciona a maior poupança, cerca de 63%.

Com efeito, a contratação PPP dos três hospitais públicos veio evidenciar a fragilidade e a má gestão pública direta. Porém, a poupança de recursos económicos do Estado não proporcionou um aumento da qualidade do serviço prestado: quer o Hospital de Cascais quer o Hospital de Braga já foram alvo de multas por incumprimento do contrato.

Nos contratos de infraestruturas sociais, Hospitais, o Estado mantém as suas responsabilidades principais na saúde, garantir o acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde. Essa responsabilidade é garantida através da inclusão de cláusulas no contrato de qualidade do serviço prestado e da avaliação anual da qualidade dos hospitais PPP.

Porém é importante ter em conta que o Comparador Público, base na avaliação dos projetos, é subjetivo e pode ter sido manipulada de forma a um projeto PPP se torne mais vantajoso.

As Parcerias têm um papel importante a desempenhar nos novos desafios do setor público, mas é necessário ter cautela na sua implementação, destacando a sua natureza complexa e provar que o seu recurso proporciona um valor acrescentado. Daí compete ao Estado garantir que as parcerias sejam (HM Treasury; pp. 6-7):

- a) apropriadas – utilização do método adequado de modo a atingir os objetivos desejados;
- b) inovadoras – a inovação é crucial e permite uma flexibilidade do método a aplicar, adequando-se a todas as situações e criando novos métodos de trabalho;
- c) holísticas – proporcionam uma sinergia entre as partes envolvidas.

Nas PPP dos Hospitais, a flexibilidade é importante dado à incerteza que estes são confrontados devido ao elevado risco de procura. (Dewulf and others; p. 85) Essa flexibilidade está presente nos contratos portugueses, onde existe uma negociação anual relativamente à procura, número de atos médicos, pela gestão clínica do estabelecimento.

3. Implicações em trabalhos/estudos futuros

A dissertação apresenta uma base teórica e a regulamentação portuguesa e europeia das Parcerias Público-Privadas, onde é feita uma análise financeira baseada num modelo apresentado por Yescombe dos três hospitais contratualizados dos quais dispomos informação.

O estudo realizado pode ser continuado e aprofundado com a avaliação do Hospital de Loures e com um estudo mais específico quer a nível de: Gestão de Estabelecimento, com a utilização de todas as variáveis; e da Gestão do Edifício, utilizando os valores do Relatório de Contas de cada um dos novos Hospitais no cálculo do Fornecimento de Serviços Externos no Investimento Público.

Como complemento à análise financeira da Entidade Gestora de Estabelecimento poderá ser calculada uma opção, uma vez que o estado tem a opção de prolongar o contrato de 10 anos a 30, tempo de vida da infraestrutura.

O trabalho também pode ser melhorado com uma análise mais profunda da Taxa de Retorno Esperada do Mercado, uma vez que foi utilizado o ROE, um modelo muito simplificado, podendo ser utilizado um modelo mais complexo, como por exemplo o *Dividend Discount Model*.

BIBLIOGRAFIA

Boletim Informativo 1º Trimestre 2002 de GASPEPC disponível em www.dgtf.pt

Contrato de Gestão do Hospital de Braga em regime de Parceria Público-Privadas disponível em www.dgtf.pt

Contrato de Gestão do Hospital de Cascais em regime de Parceria Público-Privadas disponível em www.dgtf.pt

Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira em regime de Parceria Público-Privadas disponível em www.dgtf.pt

Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril disponível em www.dgtf.pt

Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho disponível em www.dgtf.pt

Relatório de 2010 *Relatório de Contas SNS 2010* disponível em www.acss.min-saude.pt

Relatório de Julho 2010 *PPP Parcerias Público-Privadas*, da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças do Ministério das Finanças disponível em www.dgtf.pt

Relatório de Julho 2011 *PPP Parcerias Público-Privadas*, da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças do Ministério das Finanças disponível em www.dgtf.pt

Relatório de 2012 *Parcerias Público-Privadas e Concessões: Relatório 2012*, da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças do Ministério das Finanças disponível em www.dgtf.pt

Relatório de 2009, *Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde: Primeira Vaga de Hospitais* do Tribunal de Contas, Relatório de Auditoria n.º 15/2009 Audit disponível em www.tcontas.pt

Relatório de 2013, *Auditoria aos Encargos do Estado com PPP na Saúde* do Tribunal de Contas, Relatório de Auditoria n.º 18/2013 – 2.º Secção disponível em www.tcontas.pt

Relatório e Contas – ADENDA do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE de 2010 disponível em www.acss.min-saude.pt

Relatório e Contas do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE de 2007 disponível em www.chlo.min-saude.pt

Relatório e Contas 2011 do Grupo José de Mello – Saúde disponível em <http://www.josedemellosaude.pt>

Relatório e Contas 2007 de HPP Saúde disponível em <http://www.hppsauade.pt/>

Banco Europeu do Investimento, *European PPP Report 2009* disponível em www.bei.org

Banco Europeu do Investimento, *The Guide to Guidance: How to Prepare, Procure and Deliver PPP Projects* disponível em www.bei.org

Banco Europeu do Investimento, *Evaluation of PPP projects financed by the EIB* disponível em www.bei.org

Banco Europeu do Investimento, *The Non-Financial Benefits of PPs: A Review of Concepts and Methodology* disponível em www.bei.org

Brealey, Richard B. e Myers, Stewart C., *Princípios de Finanças Empresariais*, 5ª Edição, 2008, McGraw Hill

Bodie, Zvi e Merton, Robert C., *Finanças*, 1999, Bookman Companhia Editora, Lda

CE (2004a). *Livro verde sobre as parcerias público-privadas e o direito comunitário em matéria de contratos públicos e concessões*. COM. Bruxelas: Comissão Europeia

Coombs, H. M. and Jenkins D. E., *Public Sector Financial Management*, 1º Edição, 1991, Chapman & Hall, ISBN: 0 41 38550 3

Dewulf, Geert, Blanken, Anneloes and Bult-Spiering, Mirjam, *Strategic Issues: In Public-Private Partnerships*, 2ª Edição 2012, Wiley-Blackwell, ISBN: 978-0-470-65635-8

Drummond, Michael F; O'Brien, Bernie; Stoddant, Greg L and Torrance, George W., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 2ª Edição, Oxford Medical Publications

Duvigneau, J.Cristian and Prasad, Ranga N., *Guidelines for calculating Financial and Economic Rates of Return for DFC Projects*, disponível em: www.wordbank.org

Eco, Umberto, *Como se faz uma Tese em Ciências Sociais*, 15ª Edição, Lisboa, 2009, Editorial Presença, Tradução: Ana Falcão e Luís Leitão

Eira, Ana, *A saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*, Faculdade de Economia – Universidade do Porto, 30-07-2010

Glynn, John J., *Public Sector Financial Control and Accounting*, 2ª Edição, 1993, Blackwell Publishers, Oxford

HM Treasury, *Public Private Partnership: The Government Approach*, 1ª Publicação, 2000, ISBN 0 11 560076 0

Infraestructure Jornal, Supporting Infraestructure Investment disponível online em www.ijonline.com

Loureiro, João, *Política Orçamental na Área do Euro*, 2008, Vida Económica-Editorial

Marques, Albertino, *Concepção e Análise de Projectos de Investimento*, Lisboa, 1998, Edições Sílabo LDA, ISBN: 972-618-172-0

Moreira, José António Cardoso, *Análise Financeira de Empresas da Teoria à Prática*, 4ª Edição, BVLP Bolsa de Valores de Lisboa e Porto

Nações Unidas, *Guidebook on Promoting Good Governance in Public Private-Partnerships* disponível em <http://www.unece.org/ceci/ppp.html>

OCDE, *Public Private Partnerships: In pursuit of Risk Sharing and Value for Money*, 2008 disponível em www.oecd-ilibrary.org

Pitta Barros, Pedro, *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, 2ª Edição, 2009, Coimbra, Edições Almedina, S.A.

Rego, Guilhermina, *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: Uma Aplicação ao Sector da Saúde*, 2008, Vida Económica-Editorial

Richetts, Martin, *The Economics of Business Enterprise: An Introduction to Economic Organization and The Theory of the Firm*, 3ª Edição, 2002, Edward Elgar Publishing Limited

Samuelson, William F. e Marks, Stephen G., *Managerial Economics*, 1992, The Dryden Press, EUA

Sanni Yaya, Hachimi e Trigub-Clover, Audrey, *Models of Public Private Partnerships and their Impact on Healthcare Systems Performance*, Paris, 2008, Éditions Publibook

Sekaran, Uma e Bougie, Roger, *Research Methods for Business – A Skill Building Approach*, Fifth Edition, West Sussex, 2011, Wiley

Silva, Pedro, *Fundamentos e Modelos nas Parcerias Público-Privadas na Saúde: O estudo dos Serviços Clínicos*, 2009, Edições Almedina, S.A., ISBN: 978-972-40-3796-7

Yescombe, E. R. , *Public-Private Partnerships – Principles of Policy and Finance*, 1ª Edição, 2007, Elsevier Finance, Butterworth-Heinemann, ISBN: 978-0-7506-8054-7

Fonte Eletrónica http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o acedido a 10 de Julho de 2013

Fonte Eletrónica http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Informacao_Gestao/Relatorios_Contas/relatorios_2008/CHLN.htm acedido a 20 de Janeiro de 2013

Fonte Electrónica: europa.eu.int/documents/ acedido a 20 de Janeiro de 2013

Fonte Electrónica:
http://www.josedemello.pt/gjm_press_05.asp?lang=pt&empresa=2¬icia=8609 acedido a 7 de Abril de 2013

Fonte Electrónica: <http://www.hospitaldebraga.com.pt/Section/O+Hospital/O+Hospital/815> acedido a 23 Maio de 2013

Fonte Electrónica: <http://www.eib.org/projects/loans/> acedido a 23 Maio de 2013

Fonte Electrónica:
http://www.somague.pt/site/portfolio_empresas.asp?id=151&id_tipo=0&id_subtipo=29&id_subsubtipo=&id_empresa=12&id_port=548&keywords=&lg=en (SOMAGUE) acedido a 23 Maio 2013

Fonte Electrónica: <http://www.hospitalvilafrancadexira.com.pt/Section/O+Novo+Hospital> acedido a 23 Maio 2013

Fonte Electrónica:
http://www.josedemello.pt/gjm_press_05.asp?lang=pt&empresa=2¬icia=8609 acedido a 23 Maio 2013

Fonte Electrónica: <http://boomerangcu.com/rates/> para saber a taxa dos títulos do Tesouro Português

Fonte Electrónica: www.hospitaissa.min-saude.pt/Hospitais_SA/Empresar/ acedido a 20 de Janeiro de 2013

ANEXOS

Anexo I

Poupança Fiscal no Investimento Privado Hospital de Cascais

Ano	Renda Nominal	Capital	Juro	Poupança	Poupança Atualizada
2010	3 422 573	962 333	2 460 240	615 060	652 707
2011	3 422 573	1 003 906	2 418 667	604 667	629 096
2012	3 422 573	1 047 275	2 375 298	593 825	605 702
2013	3 422 573	1 092 517	2 330 056	582 514	582 514
2014	3 422 573	1 139 714	2 282 859	570 715	559 525
2015	3 422 573	1 188 949	2 233 624	558 406	536 722
2016	3 422 573	1 240 312	2 182 261	545 565	514 098
2017	3 422 573	1 293 893	2 128 680	532 170	491 643
2018	3 422 573	1 349 789	2 072 784	518 196	469 346
2019	3 422 573	1 408 100	2 014 473	503 618	447 198
2020	3 422 573	1 468 930	1 953 643	488 411	425 191
2021	3 422 573	1 532 388	1 890 185	472 546	403 313
2022	3 422 573	1 598 587	1 823 986	455 997	381 558
2023	3 422 573	1 667 646	1 754 927	438 732	359 913
2024	3 422 573	1 739 688	1 682 885	420 721	338 370
2025	3 422 573	1 814 843	1 607 730	401 933	316 921
2026	3 422 573	1 893 244	1 529 329	382 332	295 555
2027	3 422 573	1 975 032	1 447 541	361 885	274 264
2028	3 422 573	2 060 354	1 362 219	340 555	253 037
2029	3 422 573	2 149 361	1 273 212	318 303	231 866
2030	3 422 573	2 242 213	1 180 360	295 090	210 742
2031	3 422 573	2 339 077	1 083 496	270 874	189 655
2032	3 422 573	2 440 125	982 448	245 612	168 596
2033	3 422 573	2 545 539	877 034	219 259	147 555
2034	3 422 573	2 655 506	767 067	191 767	126 523
2035	3 422 573	2 770 224	652 349	163 087	105 491
2036	3 422 573	2 889 897	532 676	133 169	84 450
2037	3 422 573	3 014 741	407 832	101 958	63 389
2038	3 422 573	3 144 978	277 595	69 399	42 301
2039	3 422 573	3 280 841	141 732	35 433	21 174
				TOTAL	9 928 415

Anexo II

Poupança Fiscal no Investimento Privado Hospital de Braga

Ano	Renda Nominal	Capital	Juro	Poupança	Poupança Atualizada
2011	7 793 726	1 936 976	5 856 750	1 464 188	1 523 341
2012	7 793 726	2 028 982	5 764 744	1 441 186	1 470 010
2013	7 793 726	2 125 359	5 668 367	1 417 092	1 417 092
2014	7 793 726	2 226 314	5 567 412	1 391 853	1 364 562
2015	7 793 726	2 332 063	5 461 663	1 365 416	1 312 395
2016	7 793 726	2 442 836	5 350 890	1 337 723	1 260 566
2017	7 793 726	2 558 871	5 234 855	1 308 714	1 209 049
2018	7 793 726	2 680 418	5 113 308	1 278 327	1 157 820
2019	7 793 726	2 807 737	4 985 989	1 246 497	1 106 854
2020	7 793 726	2 941 105	4 852 621	1 213 155	1 056 124
2021	7 793 726	3 080 807	4 712 919	1 178 230	1 005 608
2022	7 793 726	3 227 146	4 566 580	1 141 645	955 277
2023	7 793 726	3 380 435	4 413 291	1 103 323	905 109
2024	7 793 726	3 541 006	4 252 720	1 063 180	855 076
2025	7 793 726	3 709 204	4 084 522	1 021 131	805 155
2026	7 793 726	3 885 391	3 908 335	977 084	755 318
2027	7 793 726	4 069 947	3 723 779	930 945	705 540
2028	7 793 726	4 263 269	3 530 457	882 614	655 795
2029	7 793 726	4 465 775	3 327 951	831 988	606 058
2030	7 793 726	4 677 899	3 115 827	778 957	556 302
2031	7 793 726	4 900 099	2 893 627	723 407	506 500
2032	7 793 726	5 132 854	2 660 872	665 218	456 626
2033	7 793 726	5 376 664	2 417 062	604 266	406 654
2034	7 793 726	5 632 056	2 161 670	540 418	356 555
2035	7 793 726	5 899 579	1 894 147	473 537	306 302
2036	7 793 726	6 179 809	1 613 917	403 479	255 869
2037	7 793 726	6 473 350	1 320 376	330 094	205 227
2038	7 793 726	6 780 834	1 012 892	253 223	154 347
2039	7 793 726	7 102 923	690 803	172 701	103 203
				TOTAL	23 434 334

Anexo III

Poupança Fiscal no Investimento Privado Hospital de Vila Franca de Xira

Ano	Renda Nominal	Capital	Juro	Poupança	Poupança Atualizada
2012	3 466 172	1 234 922	2 231 250	557 813	568 969
2013	3 466 172	1 278 144	2 188 028	547 007	547 007
2014	3 466 172	1 322 879	2 143 293	535 823	525 317
2015	3 466 172	1 369 180	2 096 992	524 248	503 891
2016	3 466 172	1 417 101	2 049 071	512 268	482 722
2017	3 466 172	1 466 700	1 999 472	499 868	461 801
2018	3 466 172	1 518 034	1 948 138	487 035	441 123
2019	3 466 172	1 571 166	1 895 006	473 752	420 678
2020	3 466 172	1 626 156	1 840 016	460 004	400 461
2021	3 466 172	1 683 072	1 783 100	445 775	380 465
2022	3 466 172	1 741 979	1 724 193	431 048	360 682
2023	3 466 172	1 802 949	1 663 223	415 806	341 106
2024	3 466 172	1 866 052	1 600 120	400 030	321 729
2025	3 466 172	1 931 364	1 534 808	383 702	302 546
2026	3 466 172	1 998 961	1 467 211	366 803	283 551
2027	3 466 172	2 068 925	1 397 247	349 312	264 735
2028	3 466 172	2 141 337	1 324 835	331 209	246 093
2029	3 466 172	2 216 284	1 249 888	312 472	227 619
2030	3 466 172	2 293 854	1 172 318	293 080	209 307
2031	3 466 172	2 374 139	1 092 033	273 008	191 149
2032	3 466 172	2 457 234	1 008 938	252 235	173 142
2033	3 466 172	2 543 237	922 935	230 734	155 277
2034	3 466 172	2 632 250	833 922	208 481	137 551
2035	3 466 172	2 724 379	741 793	185 448	119 955
2036	3 466 172	2 819 732	646 440	161 610	102 486
2037	3 466 172	2 918 423	547 749	136 937	85 137
2038	3 466 172	3 020 568	445 604	111 401	67 902
2039	3 466 172	3 126 288	339 884	84 971	50 777
2040	3 466 172	3 235 708	230 464	57 616	33 755
2041	3 466 172	3 348 958	117 214	29 304	16 831
				TOTAL	8 423 764