

Das Parcerias Público-Privadas
no Sector da Saúde:
O controlo externo do Tribunal de Contas

Isa António¹

Área temática: A 12 – Auditoria no Sector Público

Palavras-chave: Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde, Sustentabilidade, Comparador do Sector Público, Tribunal de Contas, Auditorias.

Resumo: Este estudo pretende debruçar-se sobre a vertente económico-financeira das parcerias público-privadas no sector da saúde.

Num primeiro momento, definimos e caracterizamos a figura jurídica da «PPP», mencionando as suas origens e os desideratos para os quais foi pensada e criada.

Num momento ulterior, procederemos a uma análise concreta sobre os aspectos económico-financeiros do modelo jurídico-parcerístico. Para tanto, pronunciamo-nos sobre os critérios economicistas mais relevantes na avaliação da opção parcerística de a Administração Pública contratar em detrimento de outras formas clássicas de contratação pública, como a concessão ou por meio público típico de actuação (operações materiais e acto administrativo).

Por conseguinte, será realizada uma abordagem específica sobre os critérios do «Value for Money» (VfM) e do «Comparador do Sector Público» (CSP), a par de algumas considerações sobre os «perigos latentes» ou «camuflados» das PPP, dos quais se enaltece o risco *iminente* de captura do Estado pelos privados.

Por último, analisaremos diversas auditorias do Tribunal de Contas realizadas a algumas parcerias público-privadas em estabelecimentos de saúde, com base nas quais faremos o nosso balanço crítico acerca da respectiva (in)sustentabilidade, oferecendo algumas propostas ao nível da vinculação e responsabilização do Estado e do seu parceiro privado, bem como,

¹ Possui o grau de Doutor em Direito Administrativo/Contratação Pública e a sua tese intitula-se “As Parcerias Público-privadas no Sector da Saúde. O Advento do Estado Mínimo de Regulação e o direito de acesso à saúde”. Investigadora no Centro de Inovação e de Investigação em Ciências Empresariais e Sistemas de Informação (CIICESI-Instituto Politécnico do Porto) e no Centro de Estudos em Direito da União Europeia (Universidade do Minho). Docente no Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Tecnologia e de Gestão de Felgueiras e do Instituto Politécnico de Coimbra – Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. Email: isaantonio45258p@gmail.com; isafsousa@gmail.com.

acerca do regime jurídico, mormente do DL n° 185/2002, de 20 de Agosto (Regime jurídico das PPP na saúde).

Metodologia utilizada: A autora recorreu a auditorias do Tribunal de Contas sobre os principais contratos de Parcerias Público-privadas na saúde. Posteriormente, procedeu à análise dos diplomas legais respectivos para, com base na principal doutrina, tecer as suas próprias conclusões críticas sobre as PPP no sector da saúde, tendo como fundamento principal a análise financeira realizada pelo Tribunal de Contas.

1. As Parcerias Público-Privadas (PPP). A figura jurídica.

Actualmente assistimos a uma reconformação do papel e estatuto do Estado na sociedade e na economia, em busca de inovadoras formas de financiamento para os seus projectos e obras, com a inevitável aceitação de novos modelos de contratar, outrora alheios à sua «forma de actuar e de ser». Destes novos modelos contratuais enalteçemos a figura da PPP².

Existe uma franja da doutrina, como Mário Aroso de Almeida³, que refere que se trata de uma revitalização, renascimento ou «nova roupagem» da centenária concessão, agora dotada de uns traços mais modernos, mas ainda assim uma verdadeira «concessão».

Nos antípodas desta teoria, encontram-se autores como Luis Miguez Macho e Pedro Siza Vieira⁴, os quais preconizam a posição, segundo a qual a PPP tem uma verdadeira identidade e personalidade distintiva da concessão, sendo um modelo novo criado de raiz e com um lugar próprio no firmamento jurídico, com um destino e finalidades específicas. Esta é a posição

² Sobre o fenómeno da PPP, sua evolução e tipologias, as quais não pertenciam ao escopo deste estudo, aconselhamos a leitura do Livro Verde sobre as Parcerias Público-Privadas e o Direito Comunitário em matéria de contratos públicos e concessões, COM (2004) 327 final, 30.04.2004, pp. 3 e seguintes, *maxime* acerca das espécies de PPP, *vide* pp.9, 11 e 19.

³ Segundo este Autor, «as parcerias não configuram, pois, um novo tipo contratual, mas constroem-se com base em contratos correspondentes a tipos já anteriormente existentes, de entre os quais sobressai a figura das concessões». Adianta ainda, na senda desta ideia, que a centenária concessão assiste a uma espécie de revivalismo ou «segundo período de expansão» por virtude da vaga das PPP. *Vide* Mário Aroso de Almeida, “Parcerias Público-Privadas: a experiência portuguesa”, *in* *Direito e Justiça*, VI Colóquio Luso-espanhol de Direito Administrativo, 2005, pp. 175 a 190. Mas, este Autor não é voz isolada nesta matéria, porquanto Eduardo Paz Ferreira e Marta Rebelo consideram, igualmente, que a PPP consiste numa «recuperação da figura centenária da concessão, ajustando o seu elemento essencial (a contribuição dos recursos privados para a criação de infraestruturas públicas) às necessidades e ao modelo de Estado e de Administração dos nossos dias». *Vide* Eduardo Paz Ferreira/Marta Rebelo, “O novo regime jurídico das parcerias público-privadas em Portugal”, *in* *Manual Prático de Parcerias Público-Privadas*, NPF Publicações, Lisboa, 2004, pp.17 a 20.

⁴ *Vide* Pedro Siza Vieira, “Os tipos contratuais subjacentes às parcerias público-privadas em Portugal”, *in* *Manual Prático de Parcerias Público-Privadas*, NPF Publicações, Lisboa, 2004, pp.137 e 138.

que acolhemos. Pese embora, existam elementos confluentes entre as figuras da *clássica* concessão e da *moderníssima* parceria público-privada, estas não se podem confundir.

A nosso ver, o que sucede é que a PPP abrange e «consume» a própria concessão, sendo disso exemplo paradigmático as SCUT em que se fala em «PPP concessória» não no sentido em que a concessão domina a PPP, mas o inverso: em que a PPP «aglutina» a concessão e lhe oferece as suas próprias especificidades, remodelando-a «à sua imagem».

Acresce que, entre ambos os modelos de contratação pública existe um elemento distintivo relevante que se prende com o modo de remuneração do co-contratante.

Ao passo que a concessão é remunerada por meio de taxas cobradas directamente ao utente-utilizador-pagador, a PPP é, por via de regra, financiada indirectamente através da cobrança de impostos em que o Estado vai em prestações alegadamente suaves, com juros, pagando o parceiro privado pelo seu investimento inicial, ao longo de vários anos, chegando a décadas.

Mas, o advento do fenómeno parcerístico na saúde, que foi sendo feito em Portugal por «vagas» é reflexo indissociável da introdução do «*New Public Management*» (NPM) dotada de objectivos e metas típicos do mundo do «*corporate finance*», designadamente de eficiência, desburocratização, rendibilidade e decréscimo abrupto de despesas havidas como supérfluas.

1.1. Conceito. Caracterização.

Em termos puramente conceptuais, a PPP possui uma multiplicidade de conceitos admissíveis para a sua identificação, em virtude da sua natureza camaleónica. Não existe um conceito unívoco do que seja «PPP», porque é desde logo, impossível estabelecer um critério único de determinação das necessidades colectivas que em dado momento, compete à Administração Pública satisfazer junto do cidadão e da colectividade.

Deste modo, podemos afirmar que o contrato de PPP concretiza-se, essencialmente, a partir da forma ou tipo de contrato que assume. Numa PPP, é comum verificarmos que em torno do contrato principal que geralmente é uma «concessão», existe a gravitacionar uma miríade de pequenos contratos, tais como o contrato de projecto e construção, contrato de operação e manutenção, contrato de compra e produção, contratos de financiamento, entre outros. Por esta ordem de razões, o legislador optou por recorrer a expressões jurídicas como «contrato» ou «união de contratos», constante do art.2º do DL nº 112/2012, 23 de Maio⁵.

⁵ Este decreto-lei veio revogar, nos termos do art.47º, nº1, o DL nº86/2003, de 26 de Abril, cujo art.2º também define a PPP como sendo o «contrato ou união de contratos (...)».

A Comissão Europeia, por seu turno, prefere definir as PPP como sendo «formas de cooperação entre as autoridades públicas e as empresas, tendo por objectivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infraestrutura ou a prestação de um serviço», ao passo que o National Council for Public-Private Partnerships qualifica a figura jurídica das PPP do seguinte modo: «contractual agreement between a public agency (federal, state or local) and a private sector entity. (...) this agreement, the skills and assets of each sector (public and private) are shared in delivering a service or facility for the use of the general public. In addition to the sharing of resources, each party shares in the risks and rewards potential in the delivery of the service and/or facility»⁶.

É claro que, de uma perspectiva ampla, uma PPP pode ser definida como qualquer forma de colaboração entre o sector público e o sector privado, destinada ao desenvolvimento de uma infraestrutura, serviço ou actividade alocada ao domínio público e em benefício da colectividade. Neste sentido vai António Pombeiro⁷.

Independentemente da perspectiva, mais ou menos restrita, pela qual optemos definir a PPP, importa atender a uma multiplicidade de critérios que são, simultaneamente, os seus traços dominantes. São eles os seguintes: 1. A PPP é uma relação contratual de longo prazo entre um ente público e um *player* privado; 2. Possui como objectivo ou finalidade primacial a projecção, a construção, o financiamento e o funcionamento de uma infraestrutura pública a cargo do parceiro privado; 3. As quais serão levadas a cabo com recurso a pagamentos feitos ao partner privado, ao longo da vida do contrato de PPP, quer por parte do Estado (dotações orçamentais através da imposição de carga tributária), como por parte dos utentes ou utilizadores mediante a cobrança de tarifas ou taxas, em caso de a PPP revestir uma «técnica concessória»; 4. A infraestrutura ou serviço permanecerá em mãos do Estado ou, pelo contrário, reverterá para este, no momento do termo do contrato de PPP, podendo este vir a ser objecto de renovação.

Ponto assente é que se trata de um *vínculo contratual que alia parceiros pertencentes ao sector público e ao sector privado, em termos de colaboração recíproca, mediante pagamentos estipulados em «tranches» por um período longo de tempo.*

A grande vantagem que a PPP proporciona é que ambos os parceiros trazem para o negócio o que melhor têm para oferecer. Cada parte envolvida, pública e privada, vincula-se à realização da prestação contratual que melhor sabe executar, realizando-a da melhor forma.

⁶ Cfr. <http://www.ncppp.org>.

⁷ Vide António Pombeiro, *As PPP/PFI – Parcerias Público-Privadas e sua Auditoria*, Coleção Auditoria, Áreas Editora, Lisboa, 2003, pp.46 e ss. A este respeito vide ainda Nazaré da Costa Cabral, *As Parcerias Público-Privadas in Cadernos IDEFF*, nº9, Almedina, Coimbra, 2009, pp.11 e seguintes.

O sector privado traz para a base contratual, a experiência, o *know-how*, a capacidade para lidar com o risco de procura (apelo a nichos específicos de mercado), a capacidade de trabalhar por objectivos e metas de rendibilidade, de modo eficiente, agilizado e desburocratizado, os recursos técnicos e humanos disponíveis e o elevado investimento. Acresce que a intervenção do privado no projecto ao longo do período de execução contratual é levada a cabo em termos de «*whole-life-in-cycle*»⁸, acompanhando todo o contrato, em qualquer fase, em termos pormenorizados.

Do lado do sector público, podemos enunciar como grandes virtudes que a PPP pode proporcionar, as seguintes: a manutenção do controlo sobre o projecto ao longo do período de execução contratual; melhoria da qualidade do serviço social prestado, a par da redução de custos associados ao mesmo; partilha de riscos entre ambos os parceiros, sendo que o parceiro público fica incumbido, em regra, de gerir os riscos políticos, económico-financeiros e de força maior e o parceiro privado fica com a competência de gerir os riscos relacionados com a concepção, construção, manutenção e conservação da infraestrutura, assim como, os riscos relacionados com a boa prestação do serviço em termos de qualidade, volume e diversidade, de modo a respeitar a Constituição da República. Outro risco que deverá ser suportado pelo parceiro privado é, como já referido, o de captação de «clientela» para aquele determinado serviço ou obra.

Mas, sobre a repartição do risco, importa fazer uma ressalva. Pese embora, o DL nº111/2012, de 23 de Maio, no seu art.2º, nº1⁹ refira expressamente o dever de assunção do risco por parte do privado, podendo até ser estimulada a partilha desse risco com o parceiro público, a questão é que, na prática, deverá ser o parceiro melhor posicionado para «absorver» e lidar com o risco, que deverá assumir esse mesmo risco.

Pedro Pita Barros salienta, de igual modo, que não interessa ao parceiro público operar a transferência, sem mais, do risco para o parceiro privado. Há que delimitar as «fronteiras» e implicações desse risco e ponderar, se naquele caso concreto, atendendo às «funções» desse concreto risco, compensa a transferência, a qual já sabemos, acarreta «sobrecargas» no montante das prestações a pagar ao privado, traduzido mormente em acréscimo de juros. No

⁸ A este respeito, de modo mais desenvolvido, *vide* a obra inestimável de Maria Eduarda Azevedo, *As Parcerias Público-Privadas: Instrumento de uma Nova Governação Pública*, Almedina, Coimbra, 2009, pp.491 e seguintes.

⁹ Da leitura do art.2º, nº1, daquele diploma legal, podemos concluir que a PPP deve implicar uma transferência total ou parcial do risco: «(...) a assegurar, mediante contrapartida, o desenvolvimento de uma actividade tendente à satisfação de uma necessidade colectiva, em que a responsabilidade pelo investimento, financiamento, exploração e *riscos associados, incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado*».

cômputo geral, terá de ser feita esta apreciação com peso e medida, para que a PPP seja uma solução vantajosa e não ruínosa para o erário público.

2. As PPP na Saúde e a Sustentabilidade Económico-Financeira do SNS.

Da nossa perspectiva, não corresponde à verdade que as PPP coloquem o SNS em risco de insustentabilidade financeira, desde logo, porque o SNS já se encontrava em condições de manifesta incapacidade para solver economicamente as suas despesas, como o pagamento atempado aos seus fornecedores de produtos farmacêuticos e material sanitário, etc. Aliás, foi justamente esta inaptidão e incapacidade de solver os compromissos económicos, de per si, que impeliu o Estado a procurar apoio financeiro junto dos privados.

O Estado procurou formas mais originais de contratação no sector da saúde, tentando encontrar junto de parceiros privados mais e melhores condições de investimento e financiamento para as infraestruturas necessárias à prestação de cuidados de saúde generalizados a toda a população. Pese embora, os resultados de auditorias dos Tribunais de Contas revelem um acréscimo de despesismo com a saúde, originário das experiências dos «hospitais PPP», não nos afigura correcto afirmar que tenham sido as PPP a colocar em risco o SNS. Da nossa perspectiva, foi o SNS que se colocou, ele próprio, em risco, mediante modos inadequados de gestão pautados pelo desperdício e pela ausência de receita, devido à falta de metas economicistas, de poupança, bom investimento por contraposição ao «mau gasto», por força da total ausência de «codificação clínica». Ora, sem esta planificação de custos, a gestão hospitalar era uma espécie de «navegação à vista», desprovida de qualquer controlo, redundando no inoportável despesismo do sector da saúde nacional.

Por outro lado, o SNS de 1979 não foi concebido nem preparado para as mudanças drásticas nas taxas de fertilidade, natalidade, do aumento espantoso da esperança média de vida, conquista dos avanços da medicina e pela existência de vastas redes de saneamento básico.

As razões subjacentes ao fracasso do SNS e ao seu pré-colapso foram, designadamente as seguintes: a) Acolhimento acrítico (*tabula rasa*) do modelo de Beveridge, sem se ter procedido ao devido ajustamento à realidade portuguesa; b) O falhanço do SNS é, antes de

mais, um falhanço político¹⁰: por força da natureza e modo de funcionamento enraizada na cultura política portuguesa marcadamente de feição «*laisser faire, laisser passer*».

Está bem de ver o motivo, pelo qual a implementação *tout court* deste modelo é desadequada ao sistema de saúde português, porquanto o modelo beveridgiano¹¹ é profundamente estatizado e centralizado, onerando o Estado especialmente em funções relacionadas com a monitorização e gestão activa do poder político-democrático e em Portugal inexistente um eficaz controlo democrático; existindo sim, uma aprovação acrítica democrática.

A inadequação deste figurino para o nosso sistema de saúde agudiza-se devido à ausência de mecanismos eficazes e operantes de *accountability* dos decisores políticos e das entidades adjudicantes públicas que em torno dos primeiros gravitacionam e dependem. Ora, no Reino Unido estes mecanismos existem e são rigorosamente aplicados, para além de se tratar de um país com uma cultura democrática virtuosa marcada pela intervenção e escrutínio público sobre a vida e actuação política e contratante. Com efeito, o SNS encontrava-se impreparado e desadequado às novas exigências sociais, por parte de um cidadão mais consciente dos seus direitos, bem como, ao acréscimo de «novas» e mais dispendiosas doenças crónicas, tendo surgido assim a necessidade de o Estado procurar soluções mais vantajosas para o sector da saúde, em decadência.

As PPP conseguiram alcançar este desiderato, porquanto foram lançadas e implementadas novas infraestruturas, hospitais de ponta, com novas tecnologias, munidos de técnicas médicas e cirúrgicas inovadoras que são capazes de ajudar a população. Deste modo, as PPP revolucionaram a saúde em Portugal e, se os resultados económicos não foram positivos, não é ao modelo contratual parcerístico que devemos imputar esse facto, mas sim à má gestão dos respectivos responsáveis.

Em tese e em termos teóricos, as PPP enquanto modelo ou figurino jurídico-contratual de contratação pública é versátil, ajustável e adequado à realidade presente do sector da saúde português e da sociedade. A falha reside em quem as implementa e no facto de o parceiro público ser «adormecido» nas suas funções fiscalizadoras, devendo diligentemente lançar mão dos seus poderes públicos ou exorbitantes.

2.1. Os Critérios de Avaliação: «Value for Money» e Comparador de Sector Público.

¹⁰ Neste sentido, vide Miguel Gouveia, “Do pecado original às reformas”, in *Revista Economia Pura. Tendências e Mercados*, Ano III, nº25, Junho de 2000 (“O Estado da Saúde”), pp. 26 e 27.

¹¹ Assim, vide o mesmo Autor, “Do pecado original às reformas”, in *Revista Economia Pura. Tendências e Mercados*, Ano III, nº25, Junho de 2000 (“O Estado da Saúde”), pp. 26 e 27.

A opção entre a contratação pública por meio de PPP ou através de uma outra modalidade contratual «clássica», como a já enunciada «concessão» ou por acto de autoridade administrativa não é uma opção discricionária ou desprovida de condicionantes legais. Pelo contrário, a lei faz depender a celebração de contratos de colaboração entre o sector público e o sector privado de uma *avaliação prévia*¹² que reconheça mais benefícios e vantagens à parceria público-privada enquanto modelo contratual a seguir pelo Estado, num dado momento concreto, em detrimento das formas de contratar classicamente utilizadas, a ponto de se concluir que estas não conseguem satisfazer de forma cabal e eficiente as necessidades colectivas e o interesse público que se visa acautelar com aquele contrato¹³.

De acordo com a posição manifestada por alguns autores, quando se concluir que a PPP representa de uma perspectiva global, de eficiência e qualidade, uma melhor solução para o interesse público, quando comparada com as modalidades tradicionais de o Estado *lato sensu* contratar, a opção pela PPP tem de ser tomada. É, por vezes, difícil proceder a esta avaliação, quando pensamos que factores como a «duração mínima da vida contratual», o «objecto» ou os «moldes remuneratórios» a ser prestados ao parceiro privado, variáveis em função do «risco» ou do «resultado», não logram, com êxito, proceder à distinção clara e objectiva entre a PPP e as demais formas tradicionais de contratação pública.

A avaliação «*VfM*»¹⁴ consubstancia-se numa avaliação «*ex ante*», a qual implica uma comparação de natureza monetária entre o custo da melhor proposta final do concorrente seleccionado, tendo em consideração o custo efectivo do projecto e à modalidade de financiamento e contratação convencionais.

O critério «*VfM*» funciona, assim, como um teste prévio que revela a estimativa de custos que o parceiro público teria de suportar, no âmbito de uma PPP e no âmbito de uma modalidade contratual tradicional. Este teste é realizado por meio de um exercício comparativo entre os valores actuais de ambos os fluxos de gastos públicos, com vista a averiguar as virtualidades e as desvantagens dos dois tipos de contratação pública que, naquele momento, se perfilam como potenciais «candidatos».

¹² Vide Maria Eduarda Azevedo, *As Parcerias Público-Privadas: Instrumento de uma Nova Governação Pública*, Almedina, Coimbra, 2009, pp.491 e seguintes.

¹³ Neste sentido, vide Hilario LLavador Cisternes, *Contratación Administrativa*, Editorial Aranzadi, 2008, pp.539 e 540. Cfr ainda Maria Eduarda Azevedo, *As Parcerias Público-Privadas: Instrumento de uma Nova Governação Pública*, Almedina, Coimbra, 2009, pp.491 e seguintes.

¹⁴ Vide, mais detalhadamente, o documento «Examining the value for Money of deals under the Private Finance Initiative», fruto do labor do National Audit Office (NAO), Agosto 1999, pp.2 a 5; pp.58 e seguintes, bem como, «Framework for evaluating the implementation of PFI», do National Audit Office (NAO), Maio 2006, pp.5 a 7.

Segundo Maria Eduarda Azevedo se, depois de ponderada a questão sobre a sustentabilidade financeira da PPP e saber se o seu impacto financeiro tem enquadramento no orçamento de Estado, nos moldes próprios da denominada «restrição orçamental intertemporal», *a PPP não demonstrar potencial de «VfM», não poderá haver lugar a «decisão pública» de aprovação da celebração e a implementação dessa parceria*, por entender-se que haverá prejuízo ou desproporcional encargo para o erário público¹⁵.

No que ao «Comparador de Sector Público» concerne, podemos definir este critério como sendo a análise ou ponderação feita sobre se, de entre todas as formas de o Estado contratar, formas clássicas ou tradicionais e as PPP, serão estas últimas as mais capazes de dar cabal resposta às necessidades colectivas que, naquele dado momento, se pretende satisfazer, em termos de rendibilidade e eficiência, tendo em consideração os recursos ou fundos públicos e a sustentabilidade dessa «solução» para o país. Assim sendo, a PPP apenas poderá ser acolhida como a modalidade contratual a ser implementada quando de modo cabal e inquestionável, se revele ser a *melhor alternativa* para a provisão do bem ou serviço público, *quando em comparação com as demais formas de contratação pública tradicionais*.

Nas palavras de Pedro Guedes de Campos, o «CSP» consubstancia-se *«no valor líquido actual (VLA) de um projecto analisado em toda a extensão do seu ciclo de vida, incorporando o valor dos riscos subjacentes, executado em regime de contratação pública tradicional, que satisfaça um determinado nível de serviço (especificado a priori). Este valor será depois comparado com o valor actual líquido da melhor proposta do Sector Privado (Best and Final Offer – BAFO) para a execução do serviço de acordo com as especificações iniciais de qualidade e desempenho do mesmo»*¹⁶.

No fundo, trata-se de determinar qual seja a forma de contratação pública que conduzirá a um maior «VfM» da perspectiva do interesse público. Deste modo, é absolutamente decisivo para a tomada de decisão pública sobre o lançamento de determinado procedimento contratual. Não é suficiente, por si só, a análise ou teste «VfM», sendo da conjugação destes dois critérios que se habilitará o Estado a adoptar a melhor resposta, a melhor solução para o Bem-Comum. A realidade revela-nos, pelos maus resultados apontados pelo Tribunal de Contas, que estas análises preliminares de teor económico-financeiro de viabilidade e sustentabilidade da PPP na saúde, não foram devidamente realizadas.

¹⁵ Neste sentido, *vide* Maria Eduarda Azevedo, *As Parcerias Público-Privadas: Instrumento de uma Nova Governação Pública*, Almedina, Coimbra, 2009, pp.496.

¹⁶ Neste sentido, *vide* Pedro Guilherme Guedes de Campos, *Comparador Público-Privado no Sector das Águas em Portugal* (Tese de Mestrado em Economia e Política da Energia e do Ambiente), ISEG, Universidade Técnica de Lisboa, Dezembro, 2005, pp.54.

2.2. Modalidades de implementação das PPP na saúde.

As PPP não são um modelo contratual unidimensional, não apenas em termos conceituais, mas igualmente, no que respeita aos mecanismos ou formas de implementação jurídicas e de execução prática, para além de distintos modos de remuneração ou de pagamento ao parceiro privado, de titularidade e dos termos de reversibilidade dos activos em que assentam. Assim é, visto que existe uma rica panóplia de arquitecturas jurídico-institucionais em função dos objectivos e interesses públicos que se propõem alcançar.

Em 1995, Portugal conheceu a experiência de um hospital sob gestão delegada ou concessionada a entidades privadas, com o denominado «contrato de gestão» celebrado entre o Grupo Mello e o Estado no Hospital Professor Fernando Fonseca (Amadora-Sintra). Os privados praticavam actos médicos junto do utente, em substituição do Estado, sendo posteriormente remunerados por este. Neste caso, é gerido um estabelecimento público de saúde por parte de um privado.

No caso dos hospitais sob gestão concessionada, é o Estado que concebe, constrói, financia (fornece e proporciona todos os meios para a construção) e depois da obra concluída, todos os custos adicionais ficam na esfera do Estado, entregando ao privado para gerir, através do direito de exploração, sendo o risco do concessionário o de boa gestão e o de procura e angariação de nichos de mercado. Ora, nas PPP sucede o inverso: os custos relativos ao investimento pertencem à esfera privada. É o parceiro privado que assume os riscos relacionados com a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração de estabelecimentos hospitalares com responsabilidade pelas prestações de saúde pelo tempo acordado com o Estado, durante o qual será por este remunerado. Findo este prazo, o hospital reverterá para as mãos do Estado.

Em 2000, foi tomada a decisão política, de forma expressa, no sentido da implementação das PPP no sector da saúde. A partir deste momento, encetou-se a primeira vaga PPP com a concepção, construção, edificação, renovação e gestão de 10 hospitais por parte do sector privado.

A primeira vaga mediou os anos de 2001 e 2002, com os Hospitais Sintra e Loures (hospitais de raiz ou *green fields*) e com os Hospitais de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira. A segunda vaga, nos anos subsequentes, deu-se com a expansão da realidade das PPP aos Hospitais de Évora, Vila Nova de Gaia, Algarve, Póvoa de Varzim-Vila do Conde e Guarda

(hospitais de substituição). No ano de 2007, acresceu a este catálogo de PPP no sector hospitalar, o Hospital de Todos os Santos, em Lisboa.

O mencionado contrato de gestão não tinha como exclusiva finalidade a construção ou edificação dos hospitais. Mais que isso. Visava a exploração do próprio edifício hospitalar, a gestão do estabelecimento de saúde e a prestação do próprio serviço clínico.

Podemos pois referir que existem duas formas ou modalidades de implementação das PPP no sector de saúde. São elas:

Primeira. O privado concebe, constrói e financia, entregando depois ao Estado. Abandona o edifício e entrega ao Estado, mas precisa de ser pago por isso e o Estado passa a gerir (gestão clínica).

Segunda. O privado concebe, constrói, financia, coloca em funcionamento e continua a gerir o hospital. Aqui, o privado não desaparece, mantendo-se na gestão clínica.

Deste facto, resulta claro que as PPP, na sua implementação, carecem de dois contratos que não se sobrepõem: a) Um contrato sobre a gestão clínica, ou seja, para a gestão do estabelecimento de saúde e dos respectivos serviços clínicos. Este é celebrado por uma sociedade anónima; b) Outro contrato que versa sobre a gestão física do edifício hospitalar (conservação e manutenção física da estrutura). Para este efeito, é celebrado por uma sociedade de propósito específico (SPV) que se vai ocupar da gestão clínica, pagando a médicos e enfermeiros, não podendo pagar qualquer custo relacionado com a conservação ou manutenção do edifício (ex. pagar telhas, aquecimento, tinta, etc.). Só pode ter este objecto e função. Se entretanto auferir benefícios, terá de partilhá-los com o Estado.

Por conseguinte, de acordo com este modelo de implementação, torna-se necessária a criação de duas entidades gestoras com finalidades ou moldes contratuais de desenvolvimento da actividade e dotadas de modos de remuneração distintos: a) Entidade Gestora do Estabelecimento de Saúde (EGEST); b) Entidade Gestora do Edifício Hospitalar (EGED). No que respeita à remuneração ou ao financiamento da PPP na saúde, existem diversos factores variáveis, como o *risco de procura* (de mercado), *risco de produção* e de *risco de disponibilidade*.

Esta realidade é oposta à matriz original do SNS, a qual assentava num modelo de gestão totalmente público, em que o Estado assumia a responsabilidade directa de todo o serviço de saúde. Com efeito, o Estado assumiu desde o pós-II Guerra Mundial (1945 em diante) até meados de 2000, um papel de exclusividade ao nível da prestação, financiamento, produção e regulação, dos serviços públicos.

Historicamente, o SNS tinha como célula nuclear o «centro de saúde», estruturalmente concebido com base num modelo uniforme em vários patamares: a) Regime jurídico: direito público, sendo desprovidos de personalidade jurídica e consistindo em PCP de tipo institucional, que gravitacionavam em torno do Estado (denominavam-se, por isso, de «estabelecimentos públicos sociais»); b) Financiamento do SNS: resultava directamente do Orçamento de Estado¹⁷; c) Em termos organizacionais: inseriam-se organicamente nas Administrações Regionais de Saúde, encontrando-se sujeitos aos Conselhos Directivos e os Hospitais, por seu turno, possuíam o mesmo formato organizatório; d) Gestão: exclusivamente pública, orientada por regras públicas (regime laboral público), contabilidade pública e regime financeiro público.

Com a adopção da filosofia do «*New Public Management*», inerente ao fenómeno de empresarialização do sector da saúde, todos os mencionados aspectos vieram a sofrer uma modificação profunda.

Enaltecemos como primeira grande inovação, a celebração entre o SNS e os hospitais, dos denominados «*contratos-programa*»¹⁸. Este novo figurino contratual revelou-se determinante para o sector da saúde português, do ponto de vista da implementação de critérios de economicidade e eficiência e combate ao desperdício.

O «contrato-programa» permitiu operar a substituição da lógica de cobertura dos custos, independentemente da quantidade e qualidade dos serviços, pelo pagamento dos serviços que eram efectiva e verdadeiramente prestados.

O indiscutível mérito do «contrato-programa» é que permitia ao hospital programar e planificar a respectiva actividade, em termos plurianuais atendendo aos recursos verdadeiramente disponíveis. Favorecia, deste modo, uma mais eficiente e fidedigna gestão orçamental do SNS, com uma definição clara da quantidade de serviços clínicos que se podia disponibilizar aos utentes, estabelecendo com rigor o nível de despesas a ter com esses serviços.

A Lei de Gestão Hospitalar¹⁹ aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar que tem o mérito de admitir expressamente a diversidade de formatos jurídicos, organizatório e de gestão. Acresce que potenciou uma nova realidade: «rede nacional de cuidados hospitalares».

¹⁷ Convém analisar a Lei n.º 37/2013, de 14 de junho, Lei de Enquadramento Orçamental, sobretudo a parte em que é exigida contenção dentro de determinados limites de endividamento público, a necessidade de transparência e rigor, com recurso a programas plurianuais.

¹⁸ Vide o estudo profundo de Licínio Lopes Martins, “Direito Administrativo da Saúde”, in *Tratado de Direito Administrativo Especial*, vol.III, Almedina, Coimbra, 2010.

¹⁹ Consiste na Lei n.º 27/2002, 8 novembro, cuja leitura deverá ser acompanhada da análise da Lei n.º 69/2013, de 17 de maio, nova Lei de Gestão Hospitalar.

Ora, esta rede admite várias tipologias de estabelecimentos de saúde: 1º. Hospitais empresarializados sob a forma de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; 2º. Hospitais do sector público administrativo, mas com outro modelo de gestão; 3º. Hospitais construídos pelos privados em «*project finance initiative*»; 4º. Hospitais em regime de financiamento e gestão privados: são os hospitais-PPP, os quais envolvem uma ou mais actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração dos estabelecimentos inseridos ou a ser inseridos no SNS, com transferência e partilha de riscos e recurso a financiamento de outras entidades.

Como mencionado supra, encontrava-se prevista a construção de 10 hospitais destinados a substituir hospitais antigos²⁰ e outros totalmente novos, mas estava igualmente projectada uma outra realidade: «hospitais sob gestão delegada ou concessionada». De acordo com este modelo, a exploração e gestão do estabelecimento construído e colocado a funcionar pelo Estado é entregue a outra entidade (privada): mediante a celebração de contratos de gestão, os quais podem ter por objecto a totalidade ou somente partes funcionalmente autónomas do estabelecimento de saúde.

Estes contratos de gestão são, na verdade, o contrato matricial de implementação das PPP na saúde, mas considerados por uma franja considerável da doutrina como uma modalidade de concessão de serviço público. Aliás, esta ideia é suportada pelo preâmbulo do DL n.º 86/2003, 26 de Abril: «o contrato de gestão reveste a natureza de verdadeiro contrato de concessão de serviço público (...), embora o Estado mantenha em maior grau a responsabilidade» essencial a assegurar o acesso de todo o cidadão aos cuidados de saúde, em termos constitucionalmente prescritos, universalidade, generalidade e equidade.

Por esta razão, há quem defenda o contrato de gestão enquanto a célula matricial dos instrumentos contratuais na saúde, assumindo a natureza de técnica concessória numa lógica de contrato de serviço público. Dentro das tipologias contratuais oferecidas ou potenciadas pelo contrato de gestão encontramos duas modalidades: a) Contrato de prestação de serviços; b) Contrato de colaboração, sendo nesta que se insere a PPP. No entanto, importa fazer uma ressalva: o contrato-PPP será somente um contrato de gestão e não uma concessão de serviços públicos se não resultar para o parceiro privado, a obrigação de assumir a responsabilidade pelos encargos da instalação do serviço de saúde, mas apenas o compromisso de gerir o mesmo.

²⁰ Os hospitais de substituição eram os de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira.

No tocante em particular aos «*hospitais de substituição*», o parceiro privado ocupa-se da renovação de activos infraestruturais antigos, já existentes, que carecem de obras de conservação. Para além disto, o privado procede à gestão clínica do mesmo, durante a fase de construção do novo hospital. Por conseguinte, será sempre sobre o privado que recai a responsabilidade relativa à transição da actividade desenvolvida no hospital antigo para o hospital novo de substituição, caindo em desuso as instalações do primeiro.

No que concerne aos «*hospitais de raiz*», para além da concepção e construção de um novo estabelecimento de saúde, pode traduzir-se também na gestão e exploração dessa unidade de saúde e prestação de serviços clínicos.

A entidade adjudicante irá celebrar com o candidato escolhido que ofereceu a *proposta economicamente mais vantajosa* um contrato de gestão de longa duração, com as finalidades de concepção, construção, manutenção e exploração dos hospitais.

O parceiro público deverá exercer o seu *ius vigilandi*, controlo e acompanhamento da execução contratual através de dois ministérios: o Ministério das Finanças e o Ministério Sectorial (Ministério da Saúde). No primeiro caso, quanto a aspectos de conformação e regularidade económico-financeira. No segundo caso, quanto à efectiva prestação de cuidados de saúde junto do utente em termos conformes à CRP.

Importa igualmente realçar determinadas entidades cujo objectivo consiste no desempenho de fulcrais competências ao nível da fiscalização, designadamente: a) A Comissão de Acompanhamento Permanente: exerce funções junto do novo hospital, com incumbências específicas, designadamente assegurar o cumprimento escrupuloso das obrigações a que se vincularam as sociedades gestoras; realizar relatórios sobre a actividade hospitalar e acerca do modo e qualidade de prestação de cuidados de saúde; intermediar a relação entre as duas entidades gestoras e o parceiro público; b) Comissão Conjunta: composta por representantes do parceiro público, da entidade gestora do edifício hospitalar e do estabelecimento hospitalar. Possui diversas competências, como: acompanhamento da execução normal das prestações contratuais; intervenção de supervisão ao nível da elaboração de propostas susceptíveis de conduzir à modificação do contrato; elaboração de propostas de medidas ou diligências que se repercutem como necessárias à melhoria da qualidade do desempenho das actividades que constituem as prestações a que se vincularam. Esta comissão não possui qualquer poder decisório, mas tem todo o direito de aceder à documentação e registos para efeitos do bom exercício das suas funções; c) Estrutura de Missão Parcerias.Saúde²¹: visava o

²¹ Entretanto extinta, porque integrada na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), tendo sido constituída a unidade de gestão do programa de parcerias. A portaria n° 155/2012, de 22 de maio aprovou os

acompanhamento, controlo e avaliação da performance das PPP na saúde, tendo sido inicialmente pensada para a supervisão e coordenação das fases de preparação, lançamento ou condução dos procedimentos concursais; coordenação da empresarialização de gestão hospitalar; desempenho de funções de regulação. Actualmente existe a «Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos»²², com natureza de entidade administrativa dotada de autonomia administrativa, na dependência directa do membro do Governo responsável pela área das finanças (35º do DL nº 111/2012, 23 de maio) e a quem compete a função de desenvolvimento e acompanhamento de processos das PPP, em relação estreita de cooperação com os ministérios das finanças e sectorial, assim como, as funções de prestar apoio técnico especializado ao Governo, ao Ministério das Finanças e às entidades públicas em matéria de gestão dos contratos parcerísticos, promover acções de formação, assumir a responsabilidade no âmbito da preparação, desenvolvimento, execução e acompanhamento global dos processos concernentes à PPP; d) Delegado ou Provedor do utente: aceita queixas, reclamações, sugestões do utente; elabora recomendações; adopta providências no âmbito das sociedades gestoras para sanar litígios e questões relacionadas com o funcionamento hospitalar; e) Entidade Reguladora da Saúde²³, enquanto guardiã do imperativo constitucional inscrito no art.64º CRP traduzido no livre acesso à saúde, em termos de igualdade, universalidade e tendencial gratuitidade, competindo-lhe lançar mão de um leque de medidas e sanções ao seu dispor a ser aplicada à entidade, pública ou privada, que desrespeitar aqueles princípios orientadores do direito fundamental à saúde; e) Tribunal Constitucional, órgão de soberania máximo ao nível da tutela e salvaguarda de direitos fundamentais, competindo-lhe declarar a inconstitucionalidade de medidas administrativas, políticas e legislativas que sejam passíveis de violar os catálogos de direitos «de liberdade» e de direitos «sociais», no qual se insere o direito à saúde; f) Assembleia da República, enquanto expoente máximo da democracia nacional, tem um papel central no escrutínio público dos contratos PPP e das suas verdadeiras implicações financeiras para o erário público e para o desenvolvimento do país, deliberando de forma responsável sobre a real e efectiva necessidade de tal infraestrutura ou serviço a ser implementado pela PPP; g) Tribunal de Contas, o qual possui uma tripla função que desenvolvemos melhor no ponto *infra*.

novos estatutos da ACSS, não tendo sido, porém, definido um departamento ou serviço especificamente pensado para as PPP.

²² Cfr. DL nº111/2012, de 23 maio tem o mérito de criar esta «Unidade Técnica» de apoio a entidades públicas, com as funções previstas no respectivo arts. 25º e seguintes, com realce para as funções de fiscalização das PPP, em especial, o art. 26º, nº1, in fine, art.28º, d), f), g) e o art.34º, als. d) e m).

²³ A ERS, criada pelo DL nº309/2003, de 10 de dezembro, encontra as suas atribuições e competências (estatuto) no DL nº127/2009, de 27 de maio entretanto alterado pela nova Lei-quadro das Entidades Reguladoras Independentes, Lei nº67/2003, de 28 de agosto.

3. Controlo Externo do Tribunal de Contas: análise a Auditorias do TC.

O TC possui uma tripla função enquanto guardião das contas públicas²⁴: a) Consultiva, dotada de um cariz técnico e político, na medida em que tem de se pronunciar acerca da Conta Geral do Estado; b) fiscalização preventiva, pois pronuncia-se sobre a legalidade administrativa e sobre a adequação financeira das despesas públicas que o Estado pretende vir a realizar; c) Fiscalização jurisdicional, na medida em que elabora verdadeiros julgamentos sobre as contas públicas no fim de cada ano.

A figura do controlo financeiro possui uma vertente de controlo interno, mediante acções de fiscalização realizadas por organismos e entidades inseridos orgânica e funcionalmente na estrutura do próprio Estado; controlo externo através da intervenção de instâncias independentes ao nível político, jurisdicional e técnico. O controlo interno é levado a cabo pelo Ministro das Finanças e Ministro da Tutela Sectorial, neste caso, da Ministro da Saúde.

O Tribunal de Contas exerce um controlo externo, tendo como primacial objectivo contribuir para que as PPP se contenham dentro dos limites da capacidade orçamental do Estado em obediência a critérios de boa gestão financeira dos recursos públicos.

A maioria das PPP assenta no investimento privado. Mas, tal não equivale à ausência de capital público. Pelo contrário, são mais comuns as montagens financeiras em que há recurso aos fundos do Estado. Na medida em que o projecto de PPP não é remunerado exclusivamente pelo utilizador, importa recorrer subsidiariamente ao orçamento público.

Sempre que se trate de uma PPP que verse sobre a prestação de serviços que não sejam cobrados directa e imediatamente junto do respectivo utilizador, não se verificando o princípio de utilizador-pagador, então terá de ser remunerada e suportada exclusiva ou predominantemente pelo Estado. Será com base no estudo e análise financeira casuística, caso a caso, de cada PPP que poderá ser realizada uma adequada fiscalização.

²⁴ De leitura indispensável nesta matéria, António Cluny, *Responsabilidade Financeira e Tribunal de Contas. Contributos para uma Reflexão Necessária*, Coimbra Editora, Coimbra, 2011, maxime pp.278 e seguintes.

O Tribunal de Contas desenvolve a sua actuação com base nas normas da INTOSAI que em 2001 aprovou as «guide-lines on best practices for the audit of economic regulation and best practices for the audit of public-private finance and concessions».

A intervenção da «INTOSAI» encerra, em si mesma, uma função essencial na constituição de metodologias adequadas à eficiência da auditoria que recai sobre a PPP.

A questão central em torno da auditoria a projectos PPP consiste na avaliação da conduta do Estado com vista à celebração do contrato de PPP que melhor serve o interesse público e menos onerosa para o erário público. Isto exige uma avaliação dos procedimentos de contratação e dos resultados alcançados, tendo a PPP de revelar possuir VfM.

O Tribunal de Contas deverá exercitar uma actuação de controlo rigoroso ao longo da vida da PPP, sobretudo nas etapas do ciclo de vida daquela, como o planeamento (decisões, estudos e avaliações), a contratação (avaliação e adjudicação), o acompanhamento ou a execução física e financeira do contrato. É sobre esta função de controlo por parte do TC sobre o fenómeno parcerístico que nos vamos debruçar agora, ilustrando com alguns relatórios de acompanhamento e de auditoria sobre as PPP na saúde.

No relatório de acompanhamento nº1/2008, acerca da situação económico-financeira do SNS em 2007, aquele Tribunal parte da seguinte premissa colhida da realidade: «a despesa total em saúde tem vindo a aumentar ao longo do tempo» devido a factores como: aumento da esperança média de vida, do rendimento médio *per capita*, do progresso tecnológico e científico, assim como, do alargamento (oferta) e a melhoria (qualidade) da cobertura pública de cuidados de saúde²⁵. No que concretamente respeita à situação económica do SNS registada em 2007, realça o facto de termos assistido à passagem de vários hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) para o Sector Empresarial do Estado (SEE) e à criação de alguns centros hospitalares e extinção de vários serviços²⁶, factores, que conjugados, conduziu a um desagramento de todos os resultados entretanto apurados. Salienta, porém, o TC que não se tratou de um resultado positivo em termos de acréscimo de receitas, mas de um decréscimo do resultado líquido em cerca de 66.8% equivalente a €190.4 milhões²⁷.

No que especialmente concerne ao endividamento das entidades que integram o SNS, o TC refere que, em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB), aquele foi aumentando de 1970

²⁵ Cfr. o relatório de acompanhamento nº1/2008 do TC, pp.19.

²⁶ Estes serviços são os seguintes: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde, Instituto de Genética Médica e dos Centros Regionais de Alcoologia, sendo que as suas atribuições foram integradas noutros organismos.

²⁷ Cfr. o relatório de acompanhamento nº1/2008 do TC, pp.27.

(2.5%) a 1995 (7.8%), níveis inferiores aos registados na restante Europa²⁸. Em 2006, alcançou a cifra de 10.2%, sendo que destes, 7.2% são despesa pública e 3.0% respeito a despesa privada.

O TC conclui que da análise da despesa nacional em saúde, mais de 2/3 corresponde a despesa pública e apenas cerca de 1/3 a despesa privada, facto que se deve a termos assistido a partir de 2002, à transformação de hospitais em sociedades anónimas e à concomitante transferência do Orçamento de Estado (OE), que antes era destinada aos hospitais, passar a ser desdobrada por dois sectores, o SPA e SEE.

Mais especificamente, os hospitais pertencentes ao SPA são financiados por transferências correntes e os hospitais do SEE são remunerados pelos serviços prestados no âmbito dos contratos-programa. Importa salientar, que no ano de 2007, os Hospitais do SEE «absorveram» cerca de 73.8% dos fundos públicos, pertencentes ao erário público, que anteriormente eram alocados e transferidos para os hospitais do SNS.

Refere ainda o TC que a informação disponível pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) «continua a não reflectir de forma verdadeira e apropriada a posição financeira e os resultados das operações de todo o universo de entidades que integram o SNS, prejudicando a integridade, exactidão, transparência do reporte de informação sobre a situação económico-financeira do SNS»²⁹. Este ponto constitui, da nossa perspectiva, um dos principais «calcanhares de aquiles» das PPP, não por lacunas deste modelo, mas por fortes lacunas dos responsáveis na tarefa de fiscalização da execução contratual das mesmas e, desde logo, no momento do tratamento exacto e rigoroso de informações contabilísticas.

Sem o adequado e efectivo controlo, não existe modelo jurídico-contratual ou de outra natureza que tenha êxito e sustentabilidade. E, nesta senda, o TC emite recomendações, tanto ao Ministro das Finanças, como ao Ministro Sectorial, da Saúde, as seguintes recomendações: a) Necessidade de a informação disponibilizada sobre as contas reflectir de forma verdadeira e apropriada a situação financeira e os resultados de todas as entidades prestadoras de saúde, que integram o SNS; b) Que toda a informação acerca da situação económico-financeira das entidades do SNS prestada pelos vários organismos governamentais seja fiável, verdadeira, rigorosa e transparente³⁰.

Em termos numéricos, o relatório de acompanhamento conclui que o saldo do exercício 2007 é negativo em €122.6 milhões, num saldo acumulado de €397.1 milhões, sendo que estes

²⁸ Assim, no relatório de acompanhamento n°1/2008 do TC, pp.7.

²⁹ Neste sentido, relatório de acompanhamento n°1/2008 do TC, pp.7.

³⁰ Assim, cfr. o relatório de acompanhamento n°1/2008 do TC, pp. 12.

valores não reflectem ainda as situações financeiras do INEM, dos hospitais EPE, nem as dotações de capital realizadas pelo Estado em 2007 nos referidos hospitais.

O TC emitiu um relatório de acompanhamento (nº1/2007) focalizado sobre as PPP-saúde do ano 2006³¹, sendo a metodologia utilizada na análise e tratamento das informações financeiras colhidas das recomendações da INTOSAI³².

Em 2006, a despesa total das PPP em saúde ascendeu a cerca de €122 milhões de euros, dando especial enfoque em €118.7 milhões de despesa gerada pelas PPP no próprio ano de 2006, sendo que a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde originou, sozinha, €4.8 milhões.

O Hospital Professor Fernando Fonseca (HFF ou Amadora-Sintra) gerou, em termos de despesa total, €117.2 milhões.

Neste relatório, é estimado um montante de despesa pública futura («encargos futuros») com as PPP hospitalares, de €5.883.1 milhões, assim distribuído: a) com os novos hospitais de Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira: €5.534.8 milhões; b) €96.3 milhões com os novos Centros (Centro de Atendimento do SNS e Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul); c) €252 milhões relativos ao Hospital «Amadora-Sintra»³³.

No que se refere aos prazos contratualmente previstos para as PPP no sector da saúde, o TC verifica que existe um aumento substancial de despesa pública entre 2007 e 2016 e, a partir de 2016 decresce até 2020, estabilizando desde esse momento em diante, em virtude desta orçamentação plurianual não contemplar os encargos futuros que resultam da contratação da gestão clínica dos hospitais em PPP após o termo dos primeiros 10 anos estipulados para a duração desta componente de contrato de gestão³⁴.

Em síntese, em 2006, o Estado (leia-se: os contribuintes portugueses) pagou cerca de €106.8 milhões, a título de prestações mensais com o contrato de gestão do Hospital Amadora-Sintra. Mais recentemente, em 2013, o TC deu a conhecer o relatório de auditoria nº18/2013, da 2ª secção referente aos encargos do Estado com as PPP no sector da saúde.

Este Tribunal conclui o seguinte da análise económico-financeira a estas entidades: «a fiscalização efectuada tem, em muitos casos, ***apontado falhas ao desempenho destes***

³¹ Este relatório versa sobre a despesa assumida pelas entidades públicas contratantes no âmbito das PPP em saúde, relativamente ao exercício de 2006, tendo em consideração ainda os valores em dívida e os encargos susceptíveis de se reflectirem em OE futuros.

³² International Organisation of Supreme Audit Institutions, da qual o TC é membro.

³³ Cfr. o Relatório de acompanhamento nº1/2007 do TC sobre as PPP-saúde do ano 2006, pp.8.

³⁴ O TC ressalva o facto de esta projecção relativa aos futuros hospitais em PPP, não contemplar os encargos a suportar com a gestão clínica dos 20 anos seguintes, isto é, desde o termo da componente de gestão clínica por parte da EGEST, do contrato de gestão (10 anos) até ao termo da PPP na componente da infraestrutura (ou «hardfacilities»), que dura 30 anos. Esta última consubstancia-se na de construção, gestão e manutenção do edifício por parte da entidade gestora do edifício hospitalar (EGED).

projectos, nalguns casos graves a ponto de serem enquadráveis nos motivos previstos para a rescisão contratual pelo Estado»³⁵.

O recurso às PPP foi anunciado em 2007, com a primeira vaga de hospitais e foi em 2002 definida uma segunda vaga de concursos para novos hospitais em PPP, totalizando dez grandes projectos de PPP hospitalares. Porém, salienta o TC que, em 2012, não foi determinada de modo objectivo, a eficiência dos encargos incorridos pelo Estado com estas PPP. Sobre este aspecto em concreto, tece aquele Tribunal a seguinte consideração: «A aferição da melhoria da eficiência de custos e de preços seria um bom instrumento para um adequado planeamento do recurso às várias unidades de saúde, na área de cada Administração Regional de Saúde»³⁶.

Em síntese, sobre o nível de endividamento do Estado com as PPP na saúde, indicamos os seguintes valores:

1º. O contrato relativo ao Hospital de Braga foi até 2012, o mais oneroso (€405 milhões), seguido do Hospital de Cascais (€259 milhões);

2º. A despesa global das PPP na saúde ascende, em termos acumulados, até 2012, a €919 milhões, sendo sobretudo a partir de 2016 que vai ser agudizada a dívida;

3º. Este facto significa que os encargos acumulados sofreram um acréscimo de €348 milhões do ano 2011 para o ano 2012, equivalendo a um vertiginoso aumento de 61%;

A ordem de razões que o TC encontra para esta situação é expressa do seguinte modo: «Constata-se que face às previsões iniciais dos casos base (...) e tendo por referência os encargos decorrentes da produção contratada, o SNS teve em 2012, de acordo com a informação obtida junto das entidades públicas gestoras³⁷ um acréscimo de encargos de €50 milhões». Este aumento significativo de dívida resulta do facto de não estar contemplada nos casos base dos hospitais de Cascais, Braga e Loures, a transferência para o SNS da responsabilidade de pagamento que eram anteriormente da responsabilidade dos subsistemas públicos de saúde («terceiros pagadores»). Tal facto contribuiu para um aumento de encargos acima do nível esperado, designadamente com a prestação de serviços clínicos.

Aliás, verifica-se que os pagamentos da responsabilidade dos subsistemas de saúde sofrem uma redução de cerca €21 milhões quando comparado com assumido inicialmente. Pelo

³⁵ (itálico e negrito, nossos) *Vide*, melhor desenvolvido, in Relatório de auditoria do TC n°18/2013, da 2ª secção, pp.57 e 58. Aconselha-se, para possuir uma «visão de conjunto» sobre a evolução deste fenómeno de PPP no sector da saúde, mais propriamente, sobre os aspectos económico-financeiros que ora nos ocupam, analisar o Relatório de Acompanhamento do TC sobre as PPP-Saúde em 2005, n°1/2006.

³⁶ *Vide*, melhor desenvolvido, in Relatório de auditoria do TC n°18/2013, da 2ª secção, pp.58.

³⁷ Neste sentido, *vide* Relatório de auditoria do TC n°18/2013, da 2ª secção, pp.69.

contrário, os utentes suportaram directamente de aproximadamente €3.3 milhões a mais face ao esperado, em virtude do acréscimo de taxas moderadoras.

4º. A componente de encargos com o prazo do contrato de gestão a 10 anos, corresponde a uma percentagem que varia entre os 71% e 77% dos custos totais estimados. Quer dizer, verificando-se sempre um aumento superior a 70%...

5º. Findo o prazo contratual para a EGEST existe ainda a prorrogação do prazo ou, em alternativa, a hipótese de o estabelecimento de saúde ser entregue a uma nova entidade gestora mediante concurso. Outra opção que se perfila será o próprio Estado assumir a gestão do estabelecimento em substituição da EGEST.

No entanto, como demonstra o TC, neste relatório de auditoria, nos concursos das quatro grandes unidades hospitalares, a gestão do estabelecimento em PPP é considerada mais económica do que se fosse realizada mediante a gestão pública directa, ou seja, intervenção directa do Estado³⁸.

6º. «Tendo como referência uma vida útil para o edifício de 30 anos desde o início de cada contrato (coincidente com o prazo contratual da EGED), concluímos que *os pagamentos à EGEST podem ser estimados em cerca do triplo do inicialmente previsto*»³⁹;

7º. Por conseguinte, no momento da celebração de cada concurso para as PPP dos hospitais de Loures, Vila Franca de Xira, Cascais e Braga, os pagamentos a efectuar, pelo Estado, ao longo do ciclo de vida do projecto, são passíveis de ascender a 140%;

8º. O TC alerta para o facto de a análise dos custos globais com as PPP na saúde, a serem suportados pelo Estado não poder ser limitada e condicionada pelos encargos contratuais já assumidos. Mais que isso. Há que atender aos encargos que a prestação clínica (vertente mais onerosa) potenciará ao longo de 20 anos estimados para a sua duração e não considerar somente os encargos com a manutenção do edifício hospitalar (menos onerosa)⁴⁰.

9º. O hospital de Braga é a PPP mais dispendiosa, cujo ciclo de vida, com encargos na ordem dos €3.787 milhões, aos quais acrescerão ainda encargos futuros de cerca €3.382 milhões. A PPP do hospital de Loures cifra-se no negativo, mas em termos mais «suaves», no valor de € 0.473 milhões⁴¹.

10º. É curioso, de outra banda, observar que até as PPP de vida sobejamente mais curta, como a do Centro de atendimento do SNS e a do Centro de Medicina Física e reabilitação do Sul

³⁸ Neste sentido, *vide* Relatório de auditoria do TC nº18/2013, da 2ª secção, pp.64.

³⁹ Assim, *vide* Relatório de auditoria do TC nº18/2013, da 2ª secção, pp.64

⁴⁰ Assim, *vide* Relatório de auditoria do TC nº18/2013, da 2ª secção, pp.65.

⁴¹ Com este teor, *vide* Relatório de auditoria do TC nº18/2013, da 2ª secção, pp.72 e 75.

(em São Brás de Alportel), *conduzirem não a um «subestimativa, mas a uma sobreestimativa de encargos para o Estado»*⁴².

Por último, tanto o TC, como o próprio despacho do Ministro da Saúde colocam ênfase na crítica assente no facto de os modelos ou procedimentos concursais utilizados nas PPP da primeira vaga terem sido especialmente morosos e, enquanto tal, mais dispendiosos do que o estipulado inicialmente. Por esta razão, outra recomendação dos auditores da segunda vaga foi no sentido de implementar mecanismos e procedimentos mais céleres e menos onerosos do ponto de vista económico⁴³. A avultada despesa económico-financeira do Estado com as PPP no sector da saúde encontra-se igualmente plasmada no Boletim Informativo acerca de PPP e Concessões, relativos ao 2º trimestre de 2012, elaborado pela Direcção-Geral do Tesouro e Finanças. Na verdade, da análise deste Boletim concluímos que ocorreu um acréscimo de encargos líquidos suportados pelo concedente (Estado) com os hospitais PPP⁴⁴ de 44.4%, quando comparado com o período homólogo e que no 2º trimestre de 2012, o valor de encargos foi de 157.7 milhões de euros, correspondendo somente a 49.2% do valor total previsto.

4. Balanço Crítico. Os perigos «latentes»: risco de captura pelos privados; eventual violação do art.64º CRP e a insustentabilidade ou incomportabilidade económico-financeira e social. Propostas.

Apesar de serem incontornáveis as virtualidades do modelo jurídico-contratual da PPP, existem críticas que não podem ser escamoteadas. Um dos principais argumentos que podemos aduzir contra as PPP prende-se com o facto de o custo unitário do financiamento bancário e privado (a ser remunerado pelo erário público) revelar-se mais avultado e desproporcionadamente mais elevado do que comparado com o custo subjacente aos investimentos puramente públicos. Nesta senda, vai Nazaré Costa Cabral salientando o facto de que «a razão principal está no encargo associado ao endividamento, mais barato quando é

⁴² (negrito e itálico, nossos) De modo mais desenvolvido *vide* Relatório de auditoria do TC nº18/2013, da 2ª secção, pp.80.

⁴³ Para análise mais profunda, *vide* o Relatório do Orçamento de Estado de 2013, pp. 188 e seguintes, sobretudo as pp.193 a 195, das quais constam as despesas totais do Estado com o sector da saúde, sob as rubricas de «despesa total consolidada», de «despesa dos serviços e fundos autónomos e serviços partilhados por fontes de financiamento», de «despesa por classificação económica» e, por fim, de «despesa por medidas dos programas».

⁴⁴ Estes resultados reportam-se aos Hospitais PPP de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira e ainda o CMFRS de São Brás de Alportel. *Vide in* Boletim Informativo sobre as PPP e Concessões, relativos ao 2º trimestre de 2012, da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, pp. 14 e 15.

público e mais caro quando privado. Assim é, na medida em que o risco soberano se paga nos mercados a uma taxa de juro mais baixa do que o risco privado»⁴⁵.

Após a nossa excursão pelos vários relatórios do TC, a conclusão a retirar é pela «pronúncia» sobre a manifesta insustentabilidade económico-financeira da aplicação concreta do modelo parcerístico no sector hospitalar. Mas, repita-se, não por lacunas, falhas ou por eventual desadequação do modelo de PPP na saúde, cujas qualidades *enquanto modelo teórico* de contratação pública consideramos apelativa e defensável.

O problema reside justamente nos respectivos decisores públicos e executores do figurino parcerístico. A ausência de experiência na negociação com o parceiro privado (v.g. Multinacionais, Banca, etc.), com décadas de saber, de actuação no sector, seja financeiro, seja técnico ou outro, acompanhados de uma «confiança cega» na boa-fé e no cumprimento contratual escrupuloso, traduzido na execução da miríade quase infindável de prestações contratuais conduz inevitavelmente ao fracasso de um modelo que tinha tudo para ser bem sucedido. Com efeito, a ideia de colocar o sector privado a financiar e a alocar o seu «*know-how*» e potencialidades, como designadamente os respectivos recursos humanos especializados, técnico-científicos, ao bem de domínio público e à satisfação das necessidades colectivas, é uma ideia quase revolucionária do ponto de vista de inversão da lógica do «negócio».

Não podemos esquecer que o grande desiderato do parceiro privado é o lucro, a sua maximização ao maior nível possível e que o interesse público, esse sim, é a finalidade «alfa e ómega» da actuação de qualquer Estado Social de Direito contemporâneo.

A ideia de o privado seguir o interesse público como se do próprio Estado se tratasse levanta-me, portanto, sérias reservas. Reservas, estas, que se adensam quando pensamos que o Estado se encontra actualmente numa posição de gritante vulnerabilidade financeira, por virtude da crise económica, colocando-o à mercê de interesses menos nobres dos privados com quem contrata. O Estado, dependente do investimento do seu parceiro privado, perde mais força na fase negocial, designadamente nos momentos em que se discute sobre os níveis de receita dos privados, dos respectivos juros por cada tranche de capital e, a propósito dos contratos de reequilíbrio económico-financeiro do contrato, em que o Estado já revelou enormes fragilidades negociais. Por outro lado, o receio de causar melindre ao seu parceiro privado, inibe o Estado de lançar mão dos poderes infra mencionados, denominando-se esta situação de: «*captura do Estado pelos privados*».

⁴⁵ Assim, vide Nazaré Costa Cabral, *As Parcerias Público-Privadas*, in Cadernos IDEFF, n°9, Almedina, Coimbra, 2009, pp.88.

O Estado, na veste de parceiro público, possui um vasto catálogo de poderes qualificados por parte da doutrina, como «poderes exorbitantes», previstos nos diplomas especiais de cada PPP sectorial, como o poder (“-dever”) de fiscalização ou «*ius vigilandi*» contido no art.15º, nº1, nº2, al.a), aplicação de sanções pecuniárias ou multas, previsto no art. 26º, o sequestro do contrato nos termos do art.27º, o resgate segundo o art.28º, al. c) e art.29º e a rescisão, nos termos prescritos pelo art.28º als. d) e e) articulados com os arts. 30º e 31º, do DL nº 185/2002, de 20 de agosto⁴⁶ (PPP na saúde).

Mas, estes poderes exorbitantes encontram-se igualmente plasmados no CCP⁴⁷⁻⁴⁸, o qual tem aplicação na falta ou silêncio, dos diplomas específicos sobre PPP, mais precisamente, no seu art.302º: alíneas a) e b) poderes de direcção e de fiscalização, concretizados nos arts.303º, 304º, 305º, 306º; al. c) poder de modificação unilateral ou «*ius variandi*» (este é segundo Pedro Gonçalves, o «poder mais notável que a Administração Pública detém no âmbito do contrato administrativo⁴⁹»); al. d) aplicação de sanções; al. e) poder de resolução unilateral do contrato, em conjugação com os arts.333º, 334º e 335º, sobre o poder de resolução sancionatória.

Atendendo a este leque de direitos que brota directamente da lei, ao qual acrescem outros direitos contratualmente estipulados a favor do parceiro público, não se compreende como se chega ao ponto de insustentabilidade e de inexecução adequada e atempada dos contratos de PPP. Na verdade, o problema parece assentar na omissão do Estado na aplicação e concretização dos seus próprios direitos a que correspondem, num lado passivo da relação jurídica, obrigações e deveres contratuais que recaem sobre o seu parceiro privado.

Deste modo, torna-se imperioso prescrever «incentivos» à diligência do Estado, como forma de o impelir a cumprir a sua missão de guardião do interesse público, que assume no âmbito do «contrato social» (Rousseau) estabelecido com o cidadão aquando da eleição e a qual é constitucionalmente imposta.

Referências Bibliográficas:

A.A.V.V., “Entre a Inovação e o Planeamento. Novos Modelos de Gestão das Compras Hospitalares”, in *Estudos Políticos e Sociais*, vol. XXIII, nº1 a 4, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2001.

⁴⁶ Este diploma legal, que versa sobre PPP na saúde foi entretanto alterado e parcialmente revogado pelo DL nº 111/2012, de 23 de Maio.

⁴⁷ Código dos Contratos Públicos.

⁴⁸ Vide, de modo mais desenvolvido, Maria João Estorninho, *Requiem pelo Contrato Administrativo*, reimp., Almedina, Coimbra, 2003, assim como, da mesma Autora, *Curso de Direito Dos Contratos Públicos. Por uma contratação pública sustentável*, Almedina, Coimbra, 2012.

⁴⁹ Vide Pedro Gonçalves, *O Contrato Administrativo. Uma Instituição do Direito Administrativo do Nosso Tempo*, Almedina, Coimbra, 2004, pp.107.

ALMEIDA, MÁRIO AROSO DE,

- “Contratos administrativos e poderes de conformação do contraente público no novo Código dos Contratos Públicos”, in *Cadernos de Justiça Administrativa*, nº66, novembro-dezembro, 2007, pp.3-16.

- “Parcerias Público-Privadas: a experiência portuguesa”, in *Direito e Justiça*, VI Colóquio Luso-espanhol de Direito Administrativo (coord. López-Muniz e Fausto de Quadros), 2005.

ALVARENGA, JOSÉ EDUARDO, “Parcerias Público-Privadas: breves comentários”, in *Revista Electrónica de Direito Administrativo Económico*, nº2, maio-junho-julho, Salvador da Bahia, Brasil, 2005.

ALVAREZ, ORTEGA, “El reto dogmático de la eficacia”, in *Revista de Administración Pública*, nº133, 1994.

ANTÓNIO, ISA, *As Parcerias Público-privadas no Sector da Saúde*, Coimbra, Livraria Almedina, 2015.

ANTUNES, M.J., *A Doença da Saúde: SNS, Ineficiência e Desperdício*, Lisboa, Quetzal Editores, 2000.

AZEVEDO, MARIA EDUARDA, *As Parcerias Público-Privadas: Instrumento de uma Nova Governação Pública*, Coimbra, Livraria Almedina, 2009.

BARROS, PEDRO PITA, *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos*, Col. Olhares sobre a Saúde, 2ª edição, Coimbra, Livraria Almedina, 2009.

CABRAL, NAZARÉ DA COSTA, *As Parcerias Público Privadas*, nº9, Cadernos IDEFF, Coimbra, Livraria Almedina, 2009.

CAMPOS, ALEXANDRA PAGARÁ DE, “Direito da Saúde: A Rede de Prestação de Cuidados Continuados de Saúde e a Entidade Reguladora da Saúde”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.22, nº1, janeiro-junho, 2004.

CAMPOS, PEDRO G. GUEDES DE, *Comparador Público-Privado no Sector das Águas em Portugal* (Tese de Mestrado em Economia e Política da Energia e do Ambiente), ISEG, Universidade Técnica de Lisboa, dezembro, 2005.

CAMPOS, ANTÓNIO CORREIA DE,

- “Despesa e défice na saúde: um percurso financeiro de uma política pública”, in *Análise Social. Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*, 161, vol. XXXVI, Inverno, 2002, pp.1079 e seguintes (maxime, pp. 1084 - 1104).

- “Porquê a Regulação?: num sistema totalmente público não faz sentido a regulação, mas esse não é o caso português”, in *Economia Pura*, Ano 5, nº51, 2002, p.40-43.

- “Yellow light at the crossroads: wait for green or cross on yellow. Uncertainties about the future of the Portuguese NHS”, Lisboa, APES, documento de trabalho, nº3/96.

- “Competição gerida: contributo para um debate indispensável”, in *Gestão Hospitalar*, 1994, pp.24 e seguintes.

- “Public needs, Private services. The NHS and the public private mix in Portugal”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 9, nº1 janeiro-março, 1991, pp.5-8.

- “Público/Privado em Saúde em Portugal: articulação entre vários ou competição em um só mercado?”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.5, nº3-4 julho-dezembro, 1987, pp.5-13.

- “Cuidados Primários e Economia da Saúde: uma aliança de mútuo interesse”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.2, nº4 outubro-dezembro, 1984, pp.21-29.

- *Saúde, O Custo de Um Valor sem Preço*, Ed. Port. De Livros Técnicos e Científicos, Lisboa, 1983, pp.157-182.

- “Contas de Saúde. Como vamos e para onde vamos?”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Escola Nacional de Saúde Pública, nº1, janeiro, 1983, pp.11-17.

CISTERNES, HILARIO LLAVADOR, *Contratación Administrativa*, Editorial Aranzadi, 2008.

COIMBRA, ARMÉNIA, “Entidades Públicas em matéria de saúde: as ordens profissionais”, in *Direito e Justiça*, vol.19, tomo I, 2005, pp.207-230.

CLUNY, ANTÓNIO, *Responsabilidade Financeira e Tribunal de Contas. Contributos para uma Reflexão Necessária*, Coimbra, Coimbra Editora, 2011.

CRUZ, JOSÉ NEVES,

- *A influência da burocracia e dos grupos de interesse na escolha pública. Revisão de estudos do século XX e uma aplicação empírica dos municípios portugueses e galegos*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010.

- *Economia e Política. Uma abordagem dialéctica da escolha pública*, Coimbra, Coimbra Editora, 2008.

- “A intervenção pública no domínio dos cuidados de saúde”, in *Homenagem da Faculdade de Direito de Lisboa ao Professor Doutor Inocêncio Galvão Telles – 90 anos*, Coimbra, Livraria Almedina, 2007, pp.691-704.

ESTORNINHO, MARIA JOÃO,

- *Curso de Direito dos Contratos Públicos. Por uma contratação pública sustentável*, Coimbra, Livraria Almedina, 2012.

- *Requiem pelo Contrato Administrativo*, reimp., Coimbra, Livraria Almedina, 2003.

HARFOUCHE, ANA PAULA JESUS, *Hospitais transformados em empresas: análise do impacto na eficiência: estudo comparativo* (pref. António Correia de Campos), ISCSP, Lisboa, 2008.

HOLMES/SUNSTEIN, *The Cost of Rights, Why Liberty Depends on Taxes*, New York, 1999.

FERREIRA, EDUARDO PAZ/REBELO, MARTA, “O Novo Regime Jurídico das Parcerias Público-Privadas em Portugal”, in *Manual Prático de Parcerias Público-Privadas*, NPF-Pesquisa e Formação, Sintra, 2004, pp.17-20.

FERREIRA, ISABEL/CUNHA, SANDRA, *Manual Prático da Contratação Pública. Gestão do Processo de Formação do Contrato Público*, Áreas Editora, Colecção Gestão, 2010.

GLOBEKNER, OSMIR ANTONIO, *A saúde entre o público e o privado. O desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos*, Curitiba, Juruá Editora, 2011.

GONÇALVES, PEDRO,

- *Entidades privadas com poderes públicos*, Coimbra, Livraria Almedina, 2005.

- *O Contrato Administrativo. Uma Instituição do Direito Administrativo do Nosso Tempo*, Coimbra, Livraria Almedina, 2004.

GOUVEIA, MIGUEL, “Do pecado original às reformas”, in *Revista Economia Pura. Tendências e Mercados*, Ano III, nº25, junho de 2000 (“O Estado da Saúde”), pp.26-27.

MACHO, LUIS M., “Las formas de colaboración público-privada en el Derecho español”, in *Revista de Derecho de Administración Pública*, nº175, enero-abril, 2008, pp.164-165.

MATEUS, ABEL M., “Concorrência, Eficiência e Saúde”, in Conferência proferida nos Seminários sobre “Novas Perspectivas para o Sector da Saúde”, Bioética, Porto, FMUP.

MARTINS, LICÍNIO LOPES,

- *Alguns aspectos do regime de licenciamento de unidades privadas de serviços de saúde em Portugal*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010.

- “Direito Administrativo da Saúde”, in *Tratado de Direito Administrativo Especial*, vol.III, Coimbra, Livraria Almedina, 2010, pp. 225-371.

MORENO, CARLOS, *Como o Estado gasta o nosso dinheiro*, Caderno, 2010.

POMBEIRO, ANTÓNIO, *As PPP/PFI – Parcerias Público-Privadas e sua Auditoria*, Colecção Auditoria, Lisboa, Áreas Editora, 2003.

REIG, C. PADROS, *Actividad Administrativa y entidades colaboradoras*, Madrid, Tecnos, 2001.

REIS, VASCO PINTO, “A intervenção privada na prestação pública: da expansão do Estado às parcerias público-privadas”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.4, Lisboa, 2004, pp.121 e seguintes.

SANTANA, BIANCA FERREIRA,

- *A reforma da saúde em Portugal: Aspectos jurídico-empresariais dos hospitais S.A. e das parcerias público-privadas em saúde* (dissertação de mestrado sob orient. VITAL MOREIRA), Coimbra, 2005.

- “A Reforma da saúde em Portugal, notadamente por meio da empresariação dos hospitais públicos portugueses”, in *Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Ano 1, nº2, Centro de Direito Biomédico, 2004, pp. 80 e seguintes.

SIMÕES, JORGE ABREU/LOURENÇO, O., “As políticas públicas da saúde em Portugal nos últimos 25 anos”, in *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*, Lisboa, APES, 1999.

SIMÕES, JORGE ABREU,

- “As Parcerias Público-Privadas no sector da saúde em Portugal”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 4, 2004, pp.79-90.

- *O Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*, Coimbra, Livraria Almedina, 2004.

- *As parcerias público-privadas no sector da saúde*, in *Manual Prático das Parcerias Público-Privadas*, NPF – Pesquisa e Formação, Sintra, 2004.

- “As políticas públicas da Saúde em Portugal nos últimos 25 anos”, in *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*, APES, Lisboa, 1999.

VALE, LUÍS MALHEIRO MENESES DO, (orient. Gomes Canotilho)

- *Racionamento e racionalização no acesso à saúde: contributo para uma perspectiva jurídico- constitucional*, relatório de mestrado, Coimbra, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, 2007.

- *A Jurisprudência constitucional sobre o acesso às propostas concretizadoras do Direito à protecção da saúde: alguns momentos fundamentais*, nº12, 2006.

VIEIRA, PEDRO SIZA, “Os tipos contratuais subjacentes às parcerias público-privadas em Portugal”, in *Manual Prático de Parcerias Público-Privadas*, Lisboa, NPF Publicações, 2004, pp.137-138.

_ Relatório de Auditoria nº 16/2011 – 2ª secção, com Auditoria orientada à consolidação de contas e à situação económico-financeira do SNS 2008-2009, entre outros.

_ Relatório de Auditoria nº 15/2009 – 2ª secção, com Auditoria ao Programa de PPP da Saúde. Primeira vaga de hospitais.

_ Relatório de Auditoria nº 31/2000 – 2ª secção, com Auditoria à- Concessão Estado/LusoPonte SA, com a Auditoria à aplicação do Modelo Contratual e aos Acordos de Reposição do Equilíbrio Financeiro.

_ Relatório de Auditoria nº 38/1999 – 2ª secção, com a Auditoria ao SNS – relatório final.

Legislação:

_ Framework for evaluating the implementation of PFI, do National Audit Office, Maio de 2006.

_ Examining the Value for Money of deals under the Private Finance Initiative», do National Audit Office, Agosto de 1999;

_ Livro Verde sobre as Parcerias Público-Privadas e o Direito Comunitário em matéria de Contratos Públicos e Concessões, COM (2004) 327 final, 30.04.2004.

_ Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro - aprova o novo regime de gestão hospitalar e procede a determinadas alterações à Lei de Bases da Saúde.

- _ Lei nº 48/90, de 21/08 - Lei de Bases da Saúde (LBS).
- _ Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro – Aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- _ Decreto-Lei nº 13/93, de 15 de Janeiro – Aprova a criação e fiscalização das unidades privadas de saúde.
- _ Lei nº 56/79, de 15 de Setembro - criou o Serviço Nacional de Saúde, na Lei de Bases da Saúde.
- _ Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro - aprova o novo regime de gestão hospitalar e procede a determinadas alterações à Lei de Bases da Saúde.
- _ Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro – Procede à criação e regulamentação de instituições particulares de solidariedade social.
- _ Despacho nº 97/83, de 22 de Abril – Aprova o regulamento dos centros de saúde.
- _ Decreto-Lei nº 57/86, de 20 de Março – Regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde.
- _ Decreto-Lei nº 156/99, de 10 de Maio – Estabelece o regime da criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.
- _ Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de Agosto e pelo Decreto-Lei nº 86/2003, de 26 de Abril, recentemente alterado pelo Decreto-Lei nº 111/2012, de 23 de Maio - define os princípios e instrumentos jurídicos necessários ao estabelecimento de parcerias em saúde com gestão e financiamento privados.
- _ Decreto-Lei nº 86/2003, de 26 de Abril – Estipula os termos da intervenção do Estado na concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das PPP.
- _ Decreto-lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro – Cria a ERS.
- _ Decreto-Lei nº 276-A/2007, de 31 de Julho – Aprova a Sexta alteração ao Estatuto do SNS aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro.
- _ Lei nº 41/2007, de 24 de Agosto – Aprova a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde.
- _ Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto – Estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar.
- _ Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro – Procede à criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES), assim como o seu regime de organização e funcionamento.
- _ Decreto-Lei nº 127/2009, de 27 de Maio alterado pela Lei-Quadro das Entidades Reguladoras Independentes (Lei nº 67/2003, de 28 de Agosto) – Estabelece as atribuições e Competências da ERS.
- _ Portaria nº 155/2012, de 22 de Maio – Aprova os novos estatutos da ACSS.
- _ Decreto-Lei nº 111/2012, de 23 de Maio – Cria a Unidade Técnica de apoio a entidades públicas e com funções de fiscalização das PPP.
- _ Lei nº 69/2013, de 17 de Maio – Nova Lei de Gestão Hospitalar.
- _ Lei nº 37/2013, de 14 de Junho – Lei de Enquadramento Orçamental.