

Universidade Portucalense

PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NA SAÚDE

Um Instrumento Político ou de Gestão?

Nuno José Pinho Rodrigues

Dissertação de Doutoramento na área das Ciências Empresariais orientada pelo Senhor Prof. Doutor João M. S. Carvalho e apresentada ao Departamento de Economia e Gestão da Universidade Portucalense.

Fevereiro de 2022



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Dedicatória

Dedico a presente Tese de doutoramento a todas as pessoas que me apoiaram durante todo este processo, que tantas vezes exigiu mais de mim do que aquilo que eu podia dar.

Aos meus pais José e Lúcia (*in memoriam*) e à Anabela que tem sido como uma mãe, que sempre me incentivaram a estudar e a seguir em frente. Sem eles este desfecho não teria sido possível.

Ao meu avô, que tantas vezes foi um segundo pai e que tantos ensinamentos me deu. A luta que tem travado ao longo dos anos é um exemplo para mim de como devo enfrentar a vida.

Aos meus irmãos, Ricardo, Cláudia e Ana, que são a minha grande esperança no futuro e que dão, todos os dias, um novo significado à palavra união. À minha família por ser meu alicerce em todas as fases da minha vida.

À minha mulher, a Ana, por todo amor, apoio e compreensão em todos estes anos de investigação que nos privaram de tantas coisas que queríamos ter feito. A ela, uma dedicatória especial, pela mulher extraordinária que é, pela sua resiliência e principalmente por aceitar-me e compreender-me tal como sou.

Aos meus amigos, por nunca me abandonarem nesta jornada. Dedico este título de doutor a todos vocês com muito carinho e com a certeza de que estarão presentes em todas minhas próximas conquistas.

Agradecimentos

Ao longo deste percurso académico, marcado por algumas superações de vida, foram várias as pessoas que contribuíram para a sua realização e às quais presto aqui toda a minha gratidão.

Em primeiro lugar, o meu agradecimento ao Prof. Doutor João Carvalho, por ter aceitado o desafio de orientação da presente Tese, que muito me orgulha. A ele o meu profundo agradecimento pelo incentivo, orientação competente e, sobretudo, pela amizade que nasceu dessa parceria.

Agradeço, de igual forma, à comissão de acompanhamento da presente Tese, Prof.^a Doutora Sílvia Faria, Prof.^a Doutora Isabel Maldonado e Prof.^a Doutora Sandra Marnoto, as conversas e acompanhamento que, de uma forma ou de outra, sempre deram resultados práticos importantes.

Agradeço também à Coordenação do Doutoramento, nomeadamente ao Prof. Doutor Luís Pacheco, pelo acompanhamento ao longo deste percurso.

À Universidade Portucalense por ser sempre um porto de abrigo em todos os momentos de dúvida e incerteza.

À Ana, minha mulher, pelo amor, pelo permanente incentivo e preocupação com que sempre acompanhou este meu trabalho. Agradeço ainda a paciência e amor demonstrados nos meus momentos menos bons.

Aos meus amigos e à minha equipa 'GSC' (Simone e Rita), que nunca me deixaram desistir e sempre me apoiaram incondicionalmente.

"The two most important days in your life are the day you are born and the day you find out why." – Mark Twain

Resumo

PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NA SAÚDE

Um Instrumento Político ou de Gestão?

Desde 2001, em Portugal, as constantes reformas na gestão hospitalar têm vindo a acompanhar as transformações dos modelos de gestão aplicados à administração pública, com o objetivo de assegurar uma maior qualidade dos serviços e, em simultâneo, uma maior eficiência na alocação de custos afetos ao setor da saúde.

Assim, fomos assistindo a uma crescente relação de proximidade da gestão dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde ao setor privado, por via da adoção de modelos de gestão nos hospitais públicos e do estabelecimento de relações com o setor privado, das quais se destacam as parcerias público-privadas hospitalares (PPP).

O presente estudo teve como objetivo analisar se os modelos PPP, na área da saúde em Portugal, são encarados pelos decisores como um modelo de gestão com vantagens efetivas para a população, ou se, por outro lado, estamos perante uma ferramenta política instrumentalizada. De forma particular, procedeu-se à análise, para o período compreendido entre 2012 e 2021, dos resultados económico-financeiros (*value-for-money*) do modelo PPP, dos resultados de performance dos hospitais PPP comparativamente com os do modelo EPE, a adequação dos resultados em função do acordado contratualmente com o Estado e, finalmente, do cumprimento dos objetivos traçados aquando da sua adjudicação, em termos de benefícios sociais. Complementarmente, analisámos empiricamente o grau de satisfação da população portuguesa face à qualidade do serviço prestado pelos hospitais PPP e o grau de literacia da população portuguesa face a este modelo de gestão. Recorremos a metodologias de investigação qualitativas – estudo de casos múltiplos e pesquisa de arquivo – e quantitativas – modelização de equações estruturais com base em inquéritos.

Como principais resultados, verificou-se que: i) em Portugal, o modelo PPP, aplicado ao setor da saúde, afigura-se como vantajoso, não só no que concerne aos resultados económico-financeiros, mas também quanto à qualidade da prestação dos serviços; ii) verifica-se um baixo grau de literacia da população face ao modelo de gestão em PPP; iii) os utentes dos hospitais PPP estão mais satisfeitos do que os utentes dos hospitais EPE, sendo esta diferença estatisticamente significativa; iv) independentemente da mais-valia do modelo de gestão PPP ou dos resultados apurados, a posição e decisão quanto à sua utilização parece estar sempre condicionada à ideologia da força política que esteja no governo à data; v) e, não obstante o *Value-for-Money* gerado pelos quatro hospitais em gestão PPP, assim como os menores custos de construção e a performance superior face aos hospitais EPE, o governo Português optou sempre pela reversão do modelo PPP para um modelo EPE. Como principal conclusão, de acordo com os resultados obtidos, o modelo de gestão em análise é de facto um instrumento

político instrumentalizado, e não é visto pelos governos, em Portugal, como um instrumento de gestão que possa melhorar as condições de saúde da população, nem gerar poupanças para o contribuinte.

Palavras-chave: Hospitais; Entidades Públicas Empresariais; Parcerias Público-Privadas; Qualidade dos serviços hospitalares; *Value-for-Money*; Satisfação dos utentes.

Abstract

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN HEALTH

A Political or Management Instrument?

Since 2001, in Portugal, constant reforms in hospital management have accompanied the transformations in the management models applied to public administration, with the aim of ensuring a higher quality of services and simultaneously a greater efficiency in the allocation of costs to the health sector. Thus, we have been witnessing a growing relationship of proximity between the management of National Health Service hospitals and the private sector, through the adoption of management models in public hospitals and the establishment of relationships with the private sector, of which the hospital public-private partnerships (PPP) stand out.

The aim of this study was to analyse whether decision-makers see the PPP models in the area of health in Portugal as a management model with effective advantages for the population, or whether we are faced with an instrumentalised political tool. In particular, we analysed, for the period between 2012 and 2021, the economic and financial results (value-for-money) of the PPP model. Also, the performance results of PPP hospitals in comparison with the EPE model, the adequacy of the results, according to what was contractually agreed with the State and, finally, compliance with the objectives set out when they were awarded the contract, in terms of social benefits. In addition, we empirically analyse the degree of satisfaction of the Portuguese population regarding the quality of service provided by PPP hospitals and the literacy level of the Portuguese population regarding this management model. We used qualitative – multiple case studies and archival research – and quantitative – structural equation modelling based on surveys – as research methodologies.

As main results, it was found that: i) in Portugal, the PPP model, applied to the health sector, appears to be advantageous, not only regarding the economic and financial results, but also regarding the quality of service provision; ii) there is a low level of literacy among the population regarding the PPP management model; iii) the users of the PPP hospitals are more satisfied than the users of the EPE hospitals, being this difference statistically significant; iv) regardless of the added value of the PPP management model or the results obtained, the position and decision as to its use seems to always depend on the ideology of the political force in office at the time; v) in spite of the value-for-money generated by the PPP model for the four hospitals analysed, the lower construction costs and the superior performance in comparison with comparable EPE hospitals, the Portuguese government always opted to revert from a PPP model to a EPE model. As a main conclusion, according to the results obtained, the management model under analysis is in fact an instrumentalised political

instrument and is not seen by governments in Portugal as a management tool that can improve the population's health conditions or generate savings for the taxpayers.

Keywords: Hospitals; Public Business Entities; Public-Private Partnerships; Quality of health services; Value-for-Money; Users' satisfaction.

Lista de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte
CE – Comissão Europeia
CHA – Centro Hospitalar do Algarve
CHAA – Centro Hospitalar do Alto Ave
CHBM – Centro Hospitalar Barreiro – Montijo
CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga
CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira
CHDV – Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga
CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central
CHLN – Centro Hospitalar de Lisboa Norte
CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
CHLP – Centro Hospitalar Leiria-Pombal
CHMA – Centro Hospitalar do Médio Ave
CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo
CHP – Centro Hospitalar do Porto
CHPVVC – Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/ Vila do Conde
CHS – Centro Hospitalar de Setúbal
CHSJ – Centro Hospitalar de São João
CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu
CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
CHVNGE – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CPC – Custo Público Comparável
CSP – Comparador do Setor Público
CRP – Constituição da República Portuguesa
EGED – Entidade Gestora do Edifício
EGEST – Entidade Gestora do Estabelecimento
EPE – Entidade Pública Empresarial
EPC – Entidade Pública Contratante
EMPS – Estrutura de Missão Parcerias Saúde
HB – Hospital de Braga
HC – Hospital de Cascais
HFF – Hospital Distrital da Figueira da Foz
HDS – Hospital Distrital de Santarém
HESE – Hospital Espírito Santo em Évora
HFF – Hospital Fernando da Fonseca
HGO – Hospital Garcia de Orta
HL – Hospital de Loures
HSMM – Hospital Distrital Santa Maria Maior
HSOG – Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães
HVFX – Hospital de Vila Franca de Xira
IALS – International Adult Literacy Survey

LIC – Lista Inscritos para Cirurgia
NPG – *New Public Governance*
NPM – *New Public Management*
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PFI – *Private Finance Initiatives*
PIB – Produto Interno Bruto
PPP – Parceria Público-Privada
S.A. – Sociedade Anónima
SEE – Setor Empresarial do Estado
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA – Setor Público Administrativo
SPV – *Special Purpose Vehicle*
TC – Tribunal de Contas
TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UE – União Europeia
ULS – Unidade Local de Saúde
UTAO – Unidade Técnica de Acompanhamento Orçamental
UTAP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos
VfM – *Value for Money*

Índice

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Justificação para o tema.....	23
1.2. Características e definições das PPP.....	27
1.3. As PPP e o setor da saúde	30
1.4. O sistema nacional de saúde e as PPP em Portugal	32
1.5. Objetivos e questões de investigação	37
1.5.1. Objetivos gerais e específicos	37
1.5.2. Questões de investigação	38
1.6. Estrutura do trabalho	42
2. REVISÃO DA LITERATURA	44
2.1. As Parcerias Público-Privadas (PPP).....	46
2.1.1. As raízes teóricas.....	46
2.1.2. A teorização das parcerias	49
2.1.3. As PPP e a <i>Social Exchange Theory</i>	51
2.2. A gestão do modelo PPP	52
2.2.1. A negociação e a supervisão	55
2.2.2. As tipologias do modelo PPP	64
2.2.3. A alocação do risco	68
2.3. O desempenho do modelo PPP.....	72
2.3.1. A avaliação do <i>Value for Money (VfM)</i>	75
2.3.2. Comparador do Setor Público (CSP).....	78
2.3.3. Os indicadores de desempenho.....	81
2.3.4. Os resultados do modelo PPP	84
2.4. A aplicação do modelo PPP em Portugal.....	87
2.4.1. A ação do Estado na economia	90
2.4.2. O papel da população	96
2.4.3. O grau de literacia	97
2.5. As PPP aplicadas ao setor da saúde.....	100
2.5.1. A qualidade e a satisfação com os serviços clínicos	103
2.5.2. As PPP na saúde pelo mundo.....	109
2.5.3. As PPP na área da saúde em Portugal.....	113
2.6. Da escolha dos investimentos ao financiamento	120
2.7. O regime jurídico das PPPs.....	122
2.8. O impacto social, político e financeiro das PPP	126
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	136
3.1. Casos de estudo - <i>Multiple case design</i>	137
3.1.1. Casos.....	138
3.2. O modelo de análise.....	138
3.3. As variáveis de investigação	139
3.3.1. Qualidade do serviço	140
3.3.2. Satisfação.....	142
3.3.3. Grau de literacia.....	143
3.3.4. Modelo de mensuração	145
3.3.5. Resultados economico-financeiros e performance.....	145
3.3.6. Socio-demográficas.....	148
3.4. Definição das amostras	149
3.4.1. Hospital de Vila Franca de Xira.....	151
3.4.2. Hospital de Cascais.....	154
3.4.3. Hospital de Braga	156

3.4.4. Hospital de Loures	157
3.5. Aplicação do questionário	159
3.6. Pesquisa de arquivo (<i>Archival Research</i>)	159
3.7. Questões éticas	162
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	163
4.1. Análise Estatística do Inquérito	163
4.1.1. Análise descritiva dos dados	163
4.1.2. Amostra para a validação das escalas	166
4.1.3. Análise da distribuição das variáveis	166
4.1.4. Análise descritiva das variáveis manifestas	167
4.1.5. Dimensionalidade	167
4.1.5.1. Escala Healthqual	167
4.1.5.2. Escala do Grau de Literacia	169
4.1.6. Análise da fiabilidade das escalas.....	170
4.1.7. Análise da validade das escalas.....	171
4.1.8. Validade de critério	176
4.1.9. Variância do método comum.....	176
4.1.10. Apresentação do Modelo final.....	177
4.2. Questão de investigação 1	178
4.3. Questão de Investigação 2	180
4.3.1. Grau de Literacia	180
4.3.2. Idade	183
4.3.3. Rendimento	184
4.3.4. Escolaridade.....	186
4.4. Questão de Investigação 3	188
4.5. Questão de Investigação 4	190
4.6. Questão de Investigação 5	194
4.6.1. Hospital de Vila Franca de Xira.....	197
4.6.2. Hospital de Braga	198
4.6.3. Hospital de Loures	199
4.6.4. Hospital de Cascais.....	201
4.6.5. Discussão	202
4.7. Questão de Investigação 6	209
4.7.1. Hospitais pertencentes ao cluster D	215
4.7.1.1. Dimensão desempenho assistencial	216
4.7.1.2. Dimensão acesso.....	221
4.7.1.3. Dimensão desempenho economico-financeiro	222
4.7.2. Hospitais pertencentes ao cluster B.....	223
4.7.2.1. Dimensão desempenho assistencial	225
4.7.2.2. Dimensão acesso.....	229
4.7.2.3. Dimensão desempenho economico-financeiro	231
4.7.3. Hospitais pertencentes ao cluster C.....	231
4.7.3.1. Dimensão desempenho assistencial	233
4.7.3.2. Dimensão acesso.....	241
4.7.3.3. Dimensão desempenho economico-financeiro	244
4.7.4. Discussão	245
4.8. Questão de Investigação 7	248
4.8.1. Hospital de Vila Franca de Xira.....	251
4.8.2. Hospital de Loures	253
4.8.3. Hospital de Braga	254
4.8.4. Hospital de Cascais.....	258
4.8.5. Discussão	262

4.9. Questão de Investigação 8	266
4.9.1. Hospital de Loures	267
4.9.2. Hospital de Vila Franca de Xira	268
4.9.3. Hospital de Braga	268
4.9.4. Hospital de Cascais	269
4.9.5. Discussão	269
4.10. Questão de Investigação 9	272
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E FUTURA INVESTIGAÇÃO	278
6. CONCLUSÕES	280
REFERÊNCIAS	286
ANEXO A – QUESTIONÁRIO	318
ANEXO B – DADOS	320
ANEXO C – REGISTO DE CATÁLOGO	326
ANEXO D – GUIA DO UTILIZADOR	328
ANEXO E – LISTAGEM DE DADOS	329
ANEXO F – DIVULGAÇÃO QUESTIONÁRIO	333
ANEXO G – RESULTADOS PRÉ-TESTE	335

Índice de Tabelas

TABELA 1 – FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO DO MODELO PPP	29
TABELA 2 – REGIME JURÍDICO APLICADO AOS HOSPITAIS.....	34
TABELA 3 – HOSPITAIS PÚBLICOS EM REGIME PPP	35
TABELA 4 – ESTRUTURA DA TESE	43
TABELA 5 – PRINCIPAIS ETAPAS DE UM CONTRATO PPP	57
TABELA 6 – TIPOLOGIAS E FASES DO MODELO PPP	66
TABELA 7 – CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS	71
TABELA 8 – REPARTIÇÃO DE RISCOS.....	71
TABELA 9 – CRÍTICAS AO <i>VfM</i>	77
TABELA 10 – ARGUMENTOS A FAVOR E CONTRA A EXISTÊNCIA DE <i>VfM</i> NO MODELO PPP	77
TABELA 11 – COMPARAÇÃO ENTRE O CSP E A <i>BAFO</i> (OFERTA PRIVADA)	85
TABELA 12 – RESUMO DAS CORRENTES DE PENSAMENTO	94
TABELA 13 – INQUÉRITO GLOBAL ADVISOR	99
TABELA 14 – PRINCIPAIS LINHAS DE ATIVIDADE NA PRODUÇÃO HOSPITALAR	108
TABELA 15 – VARIANTES COMUNS DO MODELO PPP NO SETOR DA SAÚDE.....	114
TABELA 16 – MODELOS PPP NO SETOR DA SAÚDE NOS ESTADOS MEMBROS EU	114
TABELA 17 – DEFINIÇÃO DO MODELO DE PPP APLICADO EM PORTUGAL	117
TABELA 18 – QUADRO COMPARATIVO ENTRE MODELOS	118
TABELA 19 – VISÕES DE AVALIAÇÃO DO MODELO DE CONTRATAÇÃO	121
TABELA 20 – EXEMPLO DE TIPOLOGIA DE CUSTOS E BENEFÍCIOS EM PROJETOS DE SAÚDE	121
TABELA 21 – SÚMULA DAS VANTAGENS E DESVANTAGENS DO MODELO PPP	133
TABELA 22 – ITENS ASSOCIADOS AO CONCEITO DE QUALIDADE DE SERVIÇO	143
TABELA 23 – ITENS ASSOCIADOS AO CONCEITO GRAU DE LITERACIA	144
TABELA 24 – ITENS ASSOCIADOS À CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES	149
TABELA 25 – CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PPP	149
TABELA 26 – MUNICÍPIOS DAS AMOSTRAS	150
TABELA 27 – CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS EPE ESCOLHIDOS	150
TABELA 28 – AMOSTRA PPP VS EPE	151
TABELA 29 – CRONOGRAMA PPP HOSPITAL VFX	152
TABELA 30 – VALÊNCIAS HOSPITAL VFX.....	153
TABELA 31 – VALÊNCIAS HC.....	155
TABELA 32 – VALÊNCIAS HB.....	157
TABELA 33 – VALÊNCIAS HL	158
TABELA 34 – ENQUADRAMENTO DA APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	163
TABELA 35 – DISTRIBUIÇÃO DE RESPOSTAS VÁLIDAS	164
TABELA 36 – TIPO DE HOSPITAL UTILIZADO	164
TABELA 37 – DISTRIBUIÇÃO FACE AO RENDIMENTO.....	165
TABELA 38 – DISTRIBUIÇÃO FACE À IDADE.....	165
TABELA 39 – AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS PARA A ANÁLISE FATORIAL DA ESCALA DA QUALIDADE	168
TABELA 40 – ESCALA DE MEDIÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA	169
TABELA 41 – AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS PARA A ANÁLISE FATORIAL DA ESCALA DA LITERACIA.....	170
TABELA 42 – QUADRO RESUMO DAS ESCALAS	171
TABELA 43 – AVALIAÇÃO DAS VALIDADES CONVERGENTE E DISCRIMINANTE	173
TABELA 44 – INDICADORES DA BONDADDE DO AJUSTAMENTO DO MODELO FINAL.....	174
TABELA 45 – ESTUDO DA VARIÂNCIA DE MÉTODO COMUM	177
TABELA 46 – INDICADORES DA BONDADDE DO AJUSTAMENTO DO MODELO FINAL.....	179
TABELA 47 – EFEITOS DIRETOS ENTRE AS VARIÁVEIS NO MODELO FINAL	179
TABELA 48 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DO GRAU DE LITERACIA	180
TABELA 49 – DIFERENÇAS NOS COEFICIENTES DE REGRESSÃO DEVIDAS AO GRAU DE LITERACIA.....	181
TABELA 50 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DO GRAU DE LITERACIA SÓ NOS PPP	182
TABELA 51 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DO GRAU DE LITERACIA SÓ NOS EPE	182
TABELA 52 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DA IDADE	183
TABELA 53 – DIFERENÇAS NOS COEFICIENTES DE REGRESSÃO DEVIDAS À IDADE	183
TABELA 54 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DA IDADE SÓ NOS PPP.....	184
TABELA 55 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DA IDADE SÓ NOS EPE	184

TABELA 56 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DO RENDIMENTO	184
TABELA 57 – DIFERENÇAS NOS COEFICIENTES DE REGRESSÃO DEVIDAS AO RENDIMENTO	185
TABELA 58 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DO RENDIMENTO SÓ NOS PPP	185
TABELA 59 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DO RENDIMENTO SÓ NOS EPE	185
TABELA 60 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DA ESCOLARIDADE.....	186
TABELA 61 – DIFERENÇAS NOS COEFICIENTES DE REGRESSÃO DEVIDAS À ESCOLARIDADE	186
TABELA 62 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DA ESCOLARIDADE SÓ NOS PPP	187
TABELA 63 – ESTUDO DO EFEITO MODERADOR DA ESCOLARIDADE SÓ NOS EPE	187
TABELA 64 – NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES.....	189
TABELA 65 – RESULTADOS DA QUESTÃO “JÁ PROCUREI INFORMAÇÕES ACERCA DO MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR APLICADO NA UNIDADE DE SAÚDE DA MINHA ÁREA DE RESIDÊNCIA”	191
TABELA 66 – RESULTADOS DA QUESTÃO “CONSIDERO QUE A INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA PELO GOVERNO, RELATIVA AOS MODELOS DE GESTÃO DOS HOSPITAIS, É SUFICIENTE”	192
TABELA 67 – RESULTADOS DA QUESTÃO “SEI BEM O QUE É UM MODELO DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA GESTÃO DOS HOSPITAIS”	192
TABELA 68 – RESULTADOS DA QUESTÃO “SEI BEM QUAIS AS DIFERENÇAS ENTRE UM MODELO DE GESTÃO EM PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA E UM MODELO DE GESTÃO EXCLUSIVAMENTE PÚBLICO”	193
TABELA 69 – POUPANÇAS ESTIMADAS	195
TABELA 70 – POUPANÇAS EFETIVAS PARA O ESTADO TC	203
TABELA 71 – CONCLUSÕES DA UTAP	203
TABELA 72 – FATORES DE SUCESSO	208
TABELA 73 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO	210
TABELA 74 – AVALIAÇÃO ERS PARA O ANO DE 2019	211
TABELA 75 – AVALIAÇÕES ANUAIS	213
TABELA 76 – CUSTOS POR DOENTE PADRÃO 2012	232
TABELA 77 – RESUMO RESULTADOS INDICADORES DE DESEMPENHO.....	247
TABELA 78 – CLASSIFICAÇÃO DOS INDICADORES.....	247
TABELA 79 – DADOS RELATIVOS À ATIVIDADE DE GESTÃO CONTRATUAL	261
TABELA 80 – DADOS RELATIVOS À ATIVIDADE DE PRODUÇÃO.....	262
TABELA 81 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO CONTRATUAL À ARSLVT	263
TABELA 82 – CUSTOS DO PARCEIRO PÚBLICO GESTÃO CONTRATUAL	264
TABELA 83 – REGISTO DE SERVIÇOS PRESTADOS À POPULAÇÃO	270
TABELA 84 – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO	276
TABELA 85 – CLUSTER B DESEMPENHO ASSISTÊNCIAL	320
TABELA 86 – CLUSTER B DESEMPENHO ECONOMICO-FINANCEIRA	321
TABELA 87 – CLUSTER B ACESSO.....	321
TABELA 88 – CLUSTER C DESEMPENHO ASSISTÊNCIAL	322
TABELA 89 – CLUSTER C DESEMPENHO ECONOMICO-FINANCEIRA	322
TABELA 90 – CLUSTER C ACESSO.....	323
TABELA 91 – CLUSTER D DESEMPENHO ASSISTÊNCIAL	324
TABELA 92 – CLUSTER D DESEMPENHO ECONOMICO-FINANCEIRA.....	325
TABELA 93 – CLUSTER D ACESSO	325
TABELA 94 – REGISTO DE CATÁLOGO.....	327
TABELA 95 – GUIA DO UTILIZADOR	328
TABELA 96 – LISTAGEM DE DADOS	329
TABELA 97 – DIVULGAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	333
TABELA 98 – RESULTADOS DOS PRÉ-TESTES.....	335

Índice de Figuras

FIGURA 1 – PASSOS PARA A PESQUISA DA LITERATURA.....	45
FIGURA 2 – TIPOLOGIAS DO MODELO PPP	64
FIGURA 3 – TIPOLOGIAS DO MODELO PPP	65
FIGURA 4 – MODELOS DE APURAMENTO <i>VfM</i>	76
FIGURA 5 – METODOLOGIA DE CÁLCULO DO CSP	80
FIGURA 6 – FASES PARA APROVAÇÃO PPP.....	80
FIGURA 7 – FATORES DE SUCESSO PPP	83
FIGURA 8 – ADJUDICAÇÃO DE UM PROJETO PPP.....	88
FIGURA 9 – MODELO CONTRATUAL PPP SAÚDE PORTUGAL.....	116
FIGURA 10 – ETAPAS DE AVALIAÇÃO DE UM PROJETO.....	120
FIGURA 11 – PROCESSO METODOLÓGICO.....	136
FIGURA 12 – DESENHO DE MÚLTIPLOS CASOS DE ESTUDO.....	137
FIGURA 13 – MODELO DE ANÁLISE.....	139
FIGURA 14 – VARIÁVEIS E QUADRO CONCEPTUAL DE ANÁLISE.....	139
FIGURA 15 – DIAGRAMA DE PASSOS DO MODELO	145
FIGURA 16 – <i>CLUSTERING</i> HIERÁRQUICO DOS HOSPITAIS	146
FIGURA 17 – DIMENSÃO DESEMPENHO/PERFORMANCE	147
FIGURA 18 – DIMENSÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA	147
FIGURA 19 – RELAÇÃO CONTRATUAL HOSPITAL DE CASCAIS	156
FIGURA 20 – MODELO FINAL.....	177
FIGURA 21 – MODELO APLICADO À AMOSTRA GLOBAL	178
FIGURA 22 – INDICADORES: DIMENSÃO DESEMPENHO/PERFORMANCE.....	214
FIGURA 23 – DIMENSÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA	214
FIGURA 24 – DIMENSÃO ACESSO.....	214
FIGURA 25 – <i>CLUSTERING</i> HOSPITAIS	215

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 – INVESTIMENTO EM INFRAESTRUTURAS: FERROVIA/RODOVIA/MAR/TERRA, 2010–2018	17
GRÁFICO 2 – % PIB EM DESPESAS SAÚDE 2018 - OCDE	21
GRÁFICO 3 – EVOLUÇÃO % PIB EM DESPESAS SAÚDE 1974-2020 - PORTUGAL	22
GRÁFICO 4 – % CIRURGIAS REALIZADAS EM AMBULATÓRIO NO TOTAL DE CIRURGIAS PROGRAMADAS (GDH)	217
GRÁFICO 5 – % DE REINTERNAMENTOS EM 30 DIAS.....	217
GRÁFICO 6 – % DE INTERNAMENTOS COM DEMORA SUPERIOR A 30 DIAS	218
GRÁFICO 7 – % DE PARTOS POR CESARIANA	218
GRÁFICO 8 – % DE FRATURAS DA ANCA COM CIRURGIA REALIZADA NAS PRIMEIRAS 48 HORAS	219
GRÁFICO 9 – % DE PARTOS POR CESARIANA EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO.....	220
GRÁFICO 10 – % DE PRIMEIRAS CESARIANAS EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	220
GRÁFICO 11 – % DE PARTOS VAGINAIS APÓS CESARIANA EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	221
GRÁFICO 12 – % 1 ^{as} CONSULTAS REALIZADAS EM TEMPO ADEQUADO	221
GRÁFICO 13 – % DE INSCRITOS EM LIC DENTRO DO TMRG	222
GRÁFICO 14 – CUSTOS OPERACIONAIS POR DOENTE PADRÃO	223
GRÁFICO 15 – % CIRURGIAS REALIZADAS EM AMBULATÓRIO NO TOTAL DE CIRURGIAS PROGRAMADAS (GDH)	226
GRÁFICO 16 – % DE REINTERNAMENTOS EM 30 DIAS.....	226
GRÁFICO 17 – % DE INTERNAMENTOS COM DEMORA SUPERIOR A 30 DIAS	227
GRÁFICO 18 – % DE PARTOS POR CESARIANA	227
GRÁFICO 19 – % DE FRATURAS DA ANCA COM CIRURGIA REALIZADA NAS PRIMEIRAS 48 HORAS	228
GRÁFICO 20 – % DE PARTOS POR CESARIANA EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	228
GRÁFICO 21 – % DE PRIMEIRAS CESARIANAS EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	229
GRÁFICO 22 – % DE PARTOS VAGINAIS APÓS CESARIANA EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	229
GRÁFICO 23 – % 1 ^{as} CONSULTAS REALIZADAS EM TEMPO ADEQUADO	230
GRÁFICO 24 – % DE INSCRITOS EM LIC DENTRO DO TMRG	230
GRÁFICO 25 – CUSTOS OPERACIONAIS POR DOENTE PADRÃO	231
GRÁFICO 26 – % CIRURGIAS REALIZADAS EM AMBULATÓRIO NO TOTAL DE CIRURGIAS PROGRAMADAS (GDH)	234
GRÁFICO 27 – % CIRURGIAS REALIZADAS EM AMBULATÓRIO NO TOTAL DE CIRURGIAS PROGRAMADAS (GDH) PARA PROCEDIMENTOS AMBULATORIZÁVEIS	234
GRÁFICO 28 – % DE REINTERNAMENTOS EM 30 DIAS.....	235
GRÁFICO 29 – % DE REINTERNAMENTOS EM 30 DIAS.....	235
GRÁFICO 30 – % DE INTERNAMENTOS COM DEMORA SUPERIOR A 30 DIAS	236
GRÁFICO 31 – % DE INTERNAMENTOS COM DEMORA SUPERIOR A 30 DIAS	236
GRÁFICO 32 – % DE PARTOS POR CESARIANA	237
GRÁFICO 33 – % DE PARTOS POR CESARIANA	237
GRÁFICO 34 – % DE FRATURAS DA ANCA COM CIRURGIA REALIZADA NAS PRIMEIRAS 48 HORAS	238
GRÁFICO 35 – % DE FRATURAS DA ANCA COM CIRURGIA REALIZADA NAS PRIMEIRAS 48H.....	238
GRÁFICO 36 – % DE PARTOS POR CESARIANA EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	239
GRÁFICO 37 – % DE PARTOS POR CESARIANA EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	239
GRÁFICO 38 – % DE PRIMEIRAS CESARIANAS EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	240
GRÁFICO 39 – % DE PRIMEIRAS CESARIANAS EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	240
GRÁFICO 40 – % DE PARTOS VAGINAIS APÓS CESARIANA EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	241
GRÁFICO 41 – % DE PARTOS VAGINAIS APÓS CESARIANA EM GESTAÇÕES UNIFETAIS, CEFÁLICAS, A TERMO	241
GRÁFICO 42 – % 1 ^{as} CONSULTAS REALIZADAS EM TEMPO ADEQUADO	242
GRÁFICO 43 – % 1 ^{as} CONSULTAS REALIZADAS EM TEMPO ADEQUADO	242
GRÁFICO 44 – % DE INSCRITOS EM LIC DENTRO DO TMRG	243
GRÁFICO 45 – % DE INSCRITOS EM LIC DENTRO DO TMRG	243
GRÁFICO 46 – CUSTOS OPERACIONAIS POR DOENTE PADRÃO	244
GRÁFICO 47 – CUSTOS OPERACIONAIS POR DOENTE PADRÃO	244

1. INTRODUÇÃO

Para exercerem a sua influência na economia e na sociedade, os governos têm à sua disposição um vasto número de instrumentos, variando desde simples normas ou procedimentos, a complexos regimes fiscais e de benefícios sociais, que muitas vezes não são compreendidos na sua totalidade (Linder & Peters, 1989). Estes instrumentos podem ser analisados por todos os utilizadores dos mesmos e, em particular, pelos decisores. Tal como argumenta Linder e Peters (1989), o significado e objetivo de um determinado instrumento pode, em última análise, ser desenhado e/ou analisado de acordo com as perceções individuais dos decisores e dos valores subjetivos que as reforçam. Além disso, estas perceções são moderadas por contextos complexos, começando pelas circunstâncias organizacionais em que o decisor está inserido e estendendo-se às características do seu sistema político-ideológico. Assim, os fatores relevantes, para a definição e escolha de instrumentos de governação, são suscetíveis de variar, não só com o histórico e funções dos decisores, mas, ainda mais importante, com as suas orientações cognitivas e certas características do seu contexto organizacional (Linder & Peters, 1989).

Os governos operam também como agentes económicos, responsáveis pelo fornecimento de bens básicos e serviços, tais como o fornecimento de infraestruturas, a prestação de serviços de educação, de segurança e de saúde, entre outros. Como argumenta Carvalho (2009, p.21), “a gestão pode ser definida como o processo de coordenação e integração de recursos e atividades, procurando atingir objetivos de forma eficaz e eficiente”. No entanto e devido a uma recorrente gestão ineficiente dos recursos públicos e/ou a restrições orçamentais, verificam-se dificuldades históricas no fornecimento destes bens e serviços (Fernandez et al., 2016; Sarmento & Renneboog, 2017; Savas, 2000).

Para além da gestão pública direta, onde os governos controlam na totalidade os investimentos e a prestação de serviços públicos, existem três instrumentos principais, à disposição das autoridades públicas, para investirem em infraestruturas públicas ou para o fornecimento de serviços, sendo que todos eles envolvem algum tipo de parceria (regulada por um acordo contratual) com parceiros privados: 1) Contratos de Concessão, 2) Contratos baseados na disponibilidade e 3) Contratos públicos tradicionais, sendo os dois primeiros, normalmente, considerados como um instrumento designado por Parceria Público-Privada (PPP) (Iossa & Saussier, 2018).

O neoliberalismo é um projeto político que visa expandir os mercados privados e, portanto, o domínio das relações de mercado (Whiteside, 2011). Uma característica distintiva fundamental da era neoliberal (aproximadamente 1980-presente) é a sua ênfase na reestruturação económica e social ‘de mercado’, apelando à emergência de múltiplas formas

de privatização ao longo dos últimos 30 anos (Whiteside, 2011). Também Carter (2015) argumenta que a neoliberalização implica um envolvimento crescente de parceiros privados na gestão da saúde pública, ou seja, um 'neoliberalismo político' que encontra paralelos na privatização de setores como a segurança, as prisões e a educação. Não obstante as várias tentativas de aplicar esta agenda neoliberal no seu todo, uma necessidade de equilíbrio entre o modelo de privatização e o modelo público levou os governos a procurarem outras alternativas para o envolvimento com o setor privado e consequentemente à entrega de atividades governamentais (públicas) que não puderam ser privatizadas, por razões financeiras ou políticas, ao setor privado.

Carvalho (2009) argumenta que os serviços públicos estão protegidos da pressão da concorrência; no entanto, muitas das atividades do setor público (incluindo a saúde) têm vindo a ser entregues em todo o mundo ao setor privado e ao terceiro setor, permitindo que a concorrência possa ocorrer. Esta entrega de serviços ao setor privado, ocorreu tendo por base uma série de novos modelos de gestão, amplamente denominados como PPP, que têm vindo a aumentar nos últimos anos por via da sua aplicação na construção e operação de infraestruturas e instalações sociais (Akintoye et al., 2003; De Marco & Mangano, 2013; Merna & Smith, 1999), envolvendo a adjudicação, aquisição ou subcontratação de serviços públicos a parceiros privados, através de diferentes tipos de disposições contratuais (Yamout & Jamali, 2007).

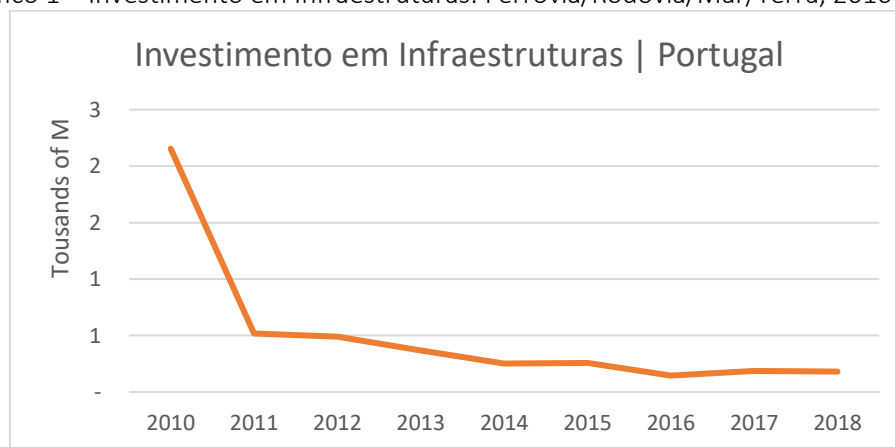
Não obstante a proliferação do modelo PPP, o mesmo não é consensual entre os académicos (Mota & Moreira, 2015). Assim, é crucial entendermos que os parceiros envolvidos num projeto PPP, não partilham uma estrutura de propriedade comum, ou seja, uma parte será uma organização pública, como o governo de um país ou uma organização sem fins lucrativos, enquanto a outra parte será uma organização privada, como uma empresa comercial. Por conseguinte, as duas partes tendem a perseguir objetivos operacionais e estratégicos diferentes (Zhang et al., 2009). Embora a abordagem ao modelo PPP tenha sido amplamente implementada a partir do final dos anos 90 (Yamout & Jamali, 2007), o investimento privado em infraestruturas públicas pode ser encontrado desde o século XVIII, em diversas tentativas feitas por vários países Europeus como, por exemplo, aconteceu com o contrato de concessão que fornecia água potável a Paris, sendo que no século XIX foram acrescentados outros casos semelhantes não só da comunidade europeia, mas também nos seus homólogos americanos e asiáticos (Tang et al., 2010).

Desde 1997, a abordagem PPP tem sido amplamente utilizada em Inglaterra, contando com várias empresas privadas envolvidas no desenvolvimento de infraestruturas, incluindo a conceção, o financiamento, a construção, a propriedade, e/ou operação de um serviço do setor público (Queiroz, 2007; Tang et al., 2010). Ao contrário do modelo de privatização, que envolve a venda de bens/ativos públicos a proprietários privados, o modelo PPP inclui,

atualmente, diferentes tipos de contratos/modelos com o setor privado, que vão desde contratos de curto prazo, envolvendo apenas uma parte do serviço prestado (por exemplo, contratação, operação e manutenção), até contratos mais ambiciosos e de longo prazo que se aplicam a todo um serviço (por exemplo, *leasing* ou concessão) (Queiroz, 2007; Yamout & Jamali, 2007).

Atualmente, e volvidas mais de duas décadas do início da massificação do modelo, o *stock* de capital dos projetos em regime PPP tem aumentado constantemente ao longo do tempo (Boyer & Scheller, 2018). Presentemente, representa cerca de 2% do Produto Interno Bruto (PIB) nos países desenvolvidos, que são considerados como um mercado adequado à promoção extensiva do modelo PPP, com vista à melhoria da qualidade das infraestruturas afetas aos cuidados de saúde (Yang et al., 2020), e 7% nas economias em desenvolvimento (Petersen, 2019). Em algumas partes do mundo, as infraestruturas sociais (hospitais, escolas, prisões, etc.) já representam uma parte significativa do investimento total em infraestruturas, ascendendo entre 10 e 18 mil milhões de euros por ano na Europa (Iossa & Saussier, 2018). Particularmente em Portugal, e sabendo que os investimentos em infraestruturas estão no cerne do desenvolvimento económico e constituem uma grande parte das despesas com contratos públicos, o Gráfico 1 mostra que desde 2010 os mesmos ascendem a 5,5mM€, com tendência decrescente.

Gráfico 1 – Investimento em Infraestruturas: Ferrovia/Rodovia/Mar/Terra, 2010–2018



Fonte: OECD (2020), Investimento em Infraestruturas
<https://data.oecd.org/transport/infrastructure-investment.htm>

Ora, a literatura argumenta que, para além das necessidades de desenvolvimento de infraestruturas económicas, existe também uma necessidade de desenvolvimento de mais infraestruturas sociais, tais como escolas, universidades, hospitais, prisões e habitação (Iossa & Saussier, 2018). Adicionalmente, a literatura argumenta que os contratos públicos tradicionais, relativos ao fornecimento/operação de infraestruturas, têm resultado em sérios excessos de custos e atrasos, tal como concluído em anteriores investigações, nomeadamente

a levada a cabo por Grimsey e Lewis (2005). Foram examinados 258 grandes projetos de infraestruturas de transportes, abrangendo 20 países, sendo que a esmagadora maioria foram desenvolvidos utilizando abordagens convencionais aos contratos públicos; nestes projetos, verificou-se que os custos foram subestimados em 90% dos casos e o tempo até à conclusão do projeto excedeu, em 17% dos casos, a duração inicial estimada. Relativamente às despesas de capital, os custos reais excederam, em média, os custos estimados em 47%. No caso das despesas de funcionamento, os custos reais excederam em média os custos estimados em 41% (Grimsey & Lewis, 2005). De notar que, até 2014, a aplicação do modelo PPP representava cerca de 15% das despesas anuais de capital dos governos centrais em todo o mundo, embora houvesse uma grande variação entre países, na medida em que as PPP são utilizadas (OCDE, 2013).

Por definição, e como já vimos, as PPPs envolvem uma parceria entre duas organizações estruturalmente diferentes, com estratégias e objetivos operacionais diferentes. Enquanto os parceiros pertencentes ao setor privado têm como objetivo maximizar as suas margens de lucro ou melhorar o desempenho dos seus próprios negócios, os parceiros pertencentes ao setor público visam otimizar os objetivos sociais, políticos e orçamentais (Zhang et al., 2009); no entanto, as relações PPP diferem, de uma forma fundamental, do modelo público convencional. No modelo público de contratação convencional, assume-se que os riscos estão contidos num contrato específico, para uma infraestrutura de curto prazo, como por exemplo a construção de um hospital. Em sentido inverso, no modelo PPP, o desenvolvimento de mecanismos de partilha de riscos é fundamental para aumentar os retornos, tanto para o setor público como privado (Dalton-Jez et al., 2012).

Atualmente, os investimentos em infraestruturas dependem cada vez mais dos mercados de capitais privados para o respetivo financiamento e das empresas privadas para a sua gestão (Marques & Berg, 2011); esta situação sustenta um dos argumentos comuns a favor da utilização do modelo PPP ao invés dos modelos contratuais públicos convencionais. Esse argumento defende que o envolvimento privado, nas fases de conceção, financiamento, construção e operação, poderá reduzir os custos de todo o ciclo de vida do projeto e/ou proporcionar uma maior qualidade para os mesmos recursos – habitualmente referido como uma maior rentabilidade ou *Value for Money* (*VfM*) (Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo, 2016; Grimsey & Lewis, 2004). Estudos anteriores sobre os custos, qualidade, e *VfM* na aplicação de modelos PPP para o desenvolvimento de infraestruturas, sugerem que as evidências internacionais são mistas (Roehrich et al., 2014); algumas análises revelam custos inferiores e/ou um *VfM* superior, por via da aplicação do modelo PPP, enquanto outras chegam à conclusão oposta, sendo que muitos investigadores tentaram apontar caminhos para a melhoria do funcionamento e operação dos projetos conduzidos sob este modelo, identificando aspetos-chave deste tipo de projetos (Tang et al., 2010).

A teoria das PPP centra-se na definição clara dos resultados (*outcome*), operando em torno de um caso de negócio (*business case*) detalhado e de uma fase de desenvolvimento de projetos minuciosa, pondo em prática planos de gestão de projeto e de contratos, envolvendo ainda testes de mercado a vários níveis (Grimsey & Lewis, 2004). A característica predominante dos modelos PPP centra-se na contratação ou compra, pelo setor público, de um determinado conjunto de serviços ou bens, em detrimento de os construir/adquirir ou fornecer (Queiroz, 2007). Quando falamos em gestão, concretamente na gestão do modelo PPP, referimo-nos a uma dimensão que encerra uma série de normas e regras determinadas em conjunto, concebidas para regular o comportamento individual e de um determinado grupo ou coletivo (por exemplo um governo de um país, a administração de uma empresa, partes de um contrato, etc.).

Assim, a gestão do modelo PPP consiste em orientar os processos de decisão e ação nos setores privado, público e social, desempenhando um papel crítico na determinação do sucesso ou do fracasso da aplicação do modelo (Xiong et al., 2019), com especial foco em questões cruciais que deverão ser corretamente analisadas (institucionais, legislação, regulamentação e contratuais). Neste âmbito, as questões institucionais fazem referência ao envolvimento do setor público e à sua capacidade de potenciar um ambiente favorável, onde o modelo PPP possa desenvolver-se, em particular, questões de autoridade, legislação, regulamentação e abertura do mercado. As questões relacionadas com a legislação (Leis-PPP), estabelecem um quadro institucional claro para desenvolver, adquirir e implementar projetos neste regime, e dão prioridade a este processo sobre leis setoriais, tais como a Lei orçamental. As questões de regulamentação, estabelecem um quadro institucional claro para desenvolver, adquirir e implementar as PPP, mas não tem necessariamente prioridade sobre as leis setoriais. Já no que diz respeito às questões contratuais, estas centram-se no processo de conceção, negociação, execução e alterações dos contratos, no sentido de maximizar os benefícios financeiros e alcançar o desempenho esperado (Xiong et al., 2019).

Um fator-chave, na escolha do modelo de contratação, para a construção e operação de uma determinada infraestrutura, é a avaliação da relação qualidade/preço ou *VfM* (*Value for Money*), representando uma expressão da economia, resultante da eficiência e eficácia do serviço recebido por uma entidade pública (De Marco & Mangano, 2013). Assim, e tendo por base a necessidade de uma correta avaliação da relação qualidade/preço, a literatura argumenta que uma PPP bem sucedida é definida como aquela que percorre todo o seu período de vida e alcança os objetivos pretendidos, tais como fornecer bens públicos em quantidade e qualidade suficientes, melhorar a eficiência e a relação custo-benefício (*VfM*); desta forma, cumpre os objetivos sociais e ambientais a que se propôs, tais como a equidade para áreas subdesenvolvidas, acessibilidade económica para pessoas com baixos rendimentos, satisfação das partes interessadas, proteção ambiental e conservação de

recursos (Xiong et al., 2019). Em sentido contrário, os insucessos do modelo PPP referem-se a suspensões contratuais, resultantes de conflitos entre as partes, procedimentos legais prejudiciais, ou falhas técnicas graves. São ainda apontadas como causa do insucesso do modelo PPP, a rescisão antecipada dos contratos, causada por falhas de desempenho na entrega de bens públicos em termos de qualidade e quantidade, nacionalização do projeto por considerações sociais e ambientais (reversão do modelo para a esfera pública), e avaliações *ex post* que revelam que a eficiência e o *VfM* não foram alcançados, tendo em conta o inicialmente proposto (Xiong et al., 2019).

Os modelos PPP são cada vez mais vistos como um instrumento que visa melhorar o desempenho dos sistemas de saúde a nível mundial, reunindo as melhores características dos setores público e privado, para melhorar a eficiência, a qualidade e a inovação (Akintoye et al., 2003; Mitchell, 2003), não obstante o desacordo sobre os objetivos de uma colaboração descentralizada (Bradford, 2003). Nesse sentido, as PPP tendem a produzir estratégias inovadoras que, como argumenta Carvalho (2009), são da máxima importância para a sustentabilidade das organizações num contexto de cada vez maior globalização, a gerar consequências positivas em prol de objetivos de saúde pública bem definidos e podem ainda criar mecanismos poderosos para abordar problemas difíceis, aproveitando as ideias, os recursos e os conhecimentos dos diferentes parceiros (Torchia et al., 2015). Isto permite argumentar que as relações entre o governo e os parceiros privados resultam no fenómeno de “hibridismo”, em que as partes desenvolvem tanto orientações e interesses públicos como privados (Chambers et al., 2013).

Como já referido, a privatização dos serviços públicos generalizou-se nos anos 80, procurando reduzir o papel do Estado. No setor da saúde têm sido desenvolvidas várias soluções mistas com a separação dos compradores e fornecedores dentro do setor público.

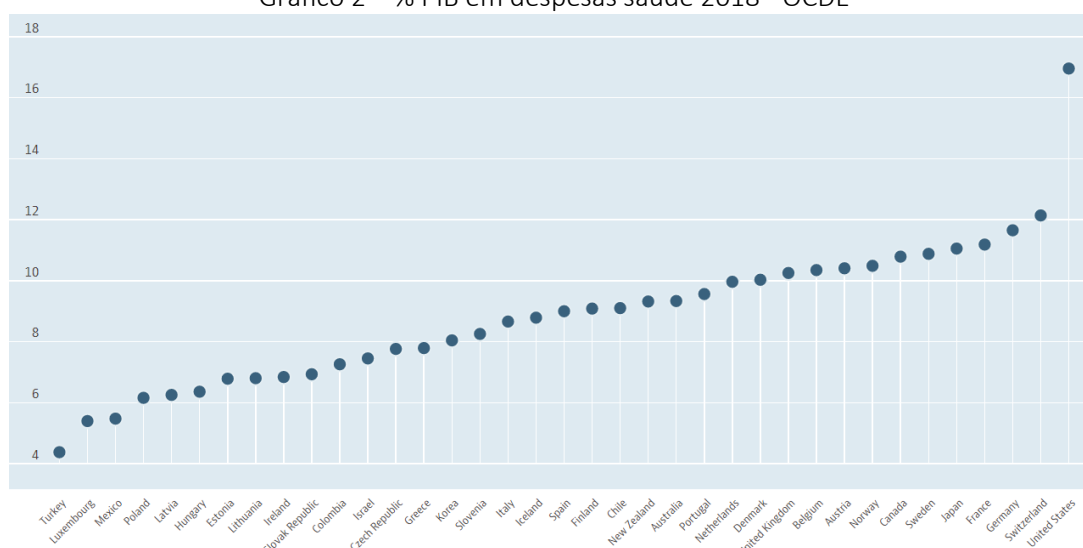
Na última década tem havido uma proliferação em diferentes modalidades de PPP para a prestação de serviços públicos como a saúde, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, sendo que esta prestação, de infraestruturas ou serviços públicos pelo setor privado, comporta um risco significativo e uma responsabilidade de gestão (Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo, 2016). De acordo com os defensores das privatizações, o passo seguinte seria o de retirar a prestação de cuidados de saúde do espectro do setor público, com o objetivo de aumentar o *VfM*, a inovação, e a capacidade de resposta aos utentes (McKee et al., 2006); isto, tendo como princípio de base que o objetivo final dos sistemas de saúde de cada país, é o de promover a saúde de todas as pessoas, para que possam participar ativamente nas atividades económicas e sociais, (Gharaee et al., 2019).

Nos últimos anos, o recurso ao modelo PPP tornou-se cada vez mais popular, inclusive no setor da saúde, como resultado da alteração estratégica das organizações de saúde privadas; estas, passaram a reconhecer a importância dos objetivos de saúde pública para os seus

objetivos a médio e longo prazo, e a aceitar uma visão mais ampla da responsabilidade social como parte da estratégia empresarial (Reich, 2002; Torchia et al., 2015). No entanto, não podemos descartar a visão estratégica comercial das empresas privadas no setor da saúde; estando todos os clientes (utentes) aglutinados no serviço hospitalar público, é expectável que a estratégia passe por tentar dispersar os utentes para outro tipo de prestadores de serviços e, neste caso, o modelo PPP serve na perfeição aos parceiros privados. Para este aumento de popularidade também contribuiu o suporte dado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ao desempenhar um papel significativo na formulação de políticas de saúde e na definição de normas de cuidados de saúde e ao acolher e encorajar as parcerias entre o Estado e o setor privado no financiamento, prestação de serviços e investigação dos cuidados de saúde (Baru & Nundy, 2008).

Simultaneamente, os governos procuram formas de lidar com o aumento dos custos dos cuidados de saúde e a diminuição dos orçamentos governamentais (Torchia et al., 2015), o que nos leva a explicar que o financiamento de projetos de saúde, num regime PPP, está relacionado com o financiamento da infraestrutura hospitalar a longo prazo, com base numa estrutura financeira complexa onde a dívida e o capital próprio do projeto são utilizados para financiar um determinado projeto, em vez de recompensar os patrocinadores do projeto (Visconti, 2014). Nesse sentido, e conforme dados da OCDE (2020), Portugal em 2018 registou um nível de despesa com cuidados de saúde, correspondente a 9,7% do PIB (Gráfico 2), sendo que os serviços de saúde pública são restringidos pelos recursos financeiros limitados, pelos problemas sociais e comportamentais complexos, e pela transmissão rápida de doenças através das fronteiras nacionais (Ozcan & Khushalani, 2017).

Gráfico 2 – % PIB em despesas saúde 2018 - OCDE

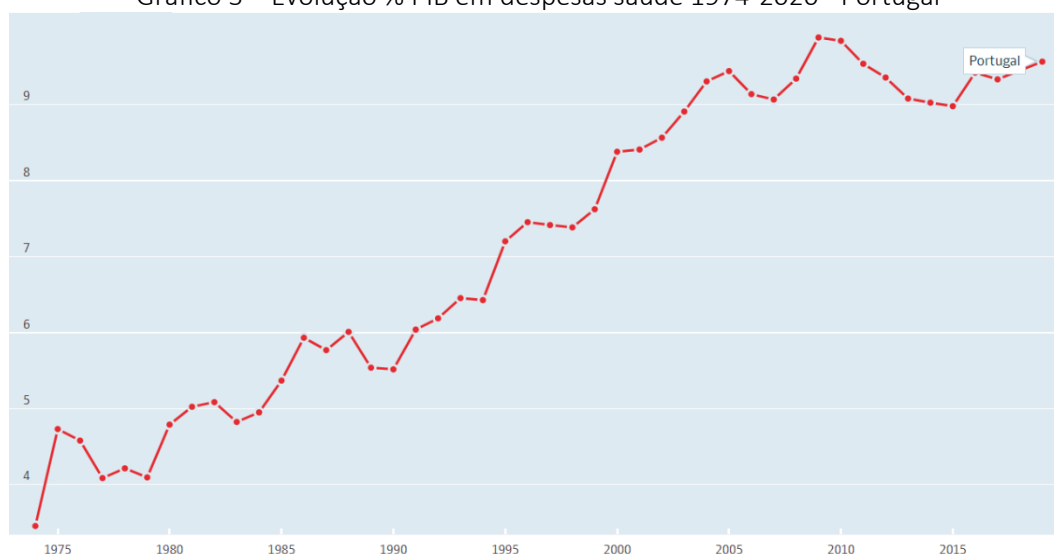


Fonte: OECD (2020), Despesa em Cuidados de Saúde (indicador)

Existem vários motivos que explicam a evolução, tendencialmente crescente, da percentagem do PIB gasta em cuidados de saúde em Portugal (Gráfico 3). Segundo Eira (2010), estes motivos podem ser agrupados em três grandes categorias que passamos a enumerar:

1. **Procura** – Aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população; alterações culturais na população; aumento do rendimento disponível das famílias; alargamento do acesso e cobertura dos serviços de saúde; maior qualidade nos cuidados de saúde.
2. **Oferta** – Ritmo de inovação e desenvolvimento tecnológico; meios complementares de diagnóstico mais sofisticados e dispendiosos; cuidados intensivos de saúde pela força de trabalho; alargamento da cobertura dos cuidados de saúde e seu financiamento; aumento dos bens materiais e dos recursos humanos nos cuidados de saúde.
3. **Economia** – Evolução da produtividade dos cuidados de saúde; crescimento do PIB (associado a uma elasticidade positiva nas despesas de saúde).

Gráfico 3 – Evolução % PIB em despesas saúde 1974-2020 - Portugal



Fonte: OECD (2020), *Health spending* (indicador)

<https://doi.org/10.1787/b06ce3ad-en> (acedido 20 novembro 2020)

Olhando para as diferentes áreas dos cuidados de saúde, nota-se que a maior parte das despesas é originada pelo setor hospitalar (Caselli et al., 2015). Em muitos países, os hospitais geram cerca de um terço das despesas de saúde, assim, mesmo uma pequena taxa de crescimento no setor hospitalar, tem um grande efeito no total das despesas de saúde. Os custos afetos às infraestruturas hospitalares têm uma grande importância porque alguns países têm um atraso no desenvolvimento das suas infraestruturas de saúde (*infrastrucutre gap*) (Caselli et al., 2015), ou seja, os hospitais destes países terão de renovar as suas infraestruturas ao longo dos próximos anos. Portanto, se os governos desejarem reduzir as

despesas no setor da saúde, é importante analisarem e otimizarem as despesas hospitalares e os seus modelos de gestão (Eicher, 2016).

No que diz respeito à prestação de serviços de saúde, os avanços nas tecnologias de informação aumentaram os conhecimentos e as expectativas dos doentes, relativamente à qualidade dos cuidados de saúde, obrigando os prestadores de serviços a procurarem novas formas de prestação destes cuidados, por forma a irem ao encontro das expectativas dos utentes (Mudyarabikwa et al., 2017). É neste contexto, de necessidade de renovação das infraestruturas e aumento da qualidade dos serviços, que as PPP estão a ser cada vez mais promovidas como uma estratégia eficaz para responder às exigências dos doentes em termos de satisfação e qualidade de serviço (Milburn, 2004), argumentando-se que a participação de capital privado no mercado dos cuidados de saúde, através do modelo PPP, poderá ser uma abordagem viável e sustentável para reduzir o fosso entre a procura e a oferta de serviços de saúde eficazes (Yang et al., 2020). O desenvolvimento eficaz da saúde pública só é possível através de constantes investimentos e inovações, impulsionando a utilização do modelo PPP, devendo o mesmo conduzir a uma redução da mortalidade, e a uma melhoria da qualidade dos cuidados médicos e a um aumento da esperança de vida (Gera & Rubtcova, 2018). Os defensores do modelo indicam a superioridade das PPP em relação aos prestadores de cuidados de saúde públicos, argumentando sobre uma melhor produtividade do modelo, embora as provas internacionais sejam inconclusivas, particularmente quando se trata da sua perceção em termos de qualidade dos cuidados de saúde (Comendeiro-Maaloe et al., 2019).

Sabemos que este tipo de trabalhos gera sempre controvérsia e discussão na opinião pública e junto dos profissionais de saúde. Cientes do rigor, objetividade e independência dos métodos de investigação aplicados no presente trabalho, decidimos correr o risco.

1.1. Justificação para o tema

O nosso trabalho justifica-se pela existência de um debate aberto sobre as vantagens das PPP e a consequente estimativa de benefícios obtidos pela sua utilização (De Marco & Mangano, 2013; Hellowell, 2016; Mota & Moreira, 2015), particularmente na área da saúde, sendo este modelo de gestão motivador de controvérsia entre os académicos (De Marco & Mangano, 2013; Kosycarz et al., 2019; Martimort & Pouyet, 2008). Isto traduz-se, em muitas situações, numa dissonância entre análises puramente economico-financeiras ao modelo e a perceção da qualidade e satisfação com o serviço, aquando da tomada de posição e consequente decisão relativamente a este modelo de gestão, quer no que diz respeito à sua adjudicação ou consequente renovação.

A combinação de cinco fatores principais, alimentam uma discussão significativa sobre o papel e eficácia do modelo PPP: 1) rede de infraestruturas obsoletas; 2) relutância geral dos governos em aumentarem os impostos para financiarem programas que visem a renovação

de infraestruturas; 3) presença de empresas privadas, internacionais e nacionais, dispostas e capazes de fornecer serviços e infraestruturas; 4) surgimento de fundos de infraestruturas, que funcionam como fonte de financiamento de capital próprio para o financiamento de projetos; e 5) reconhecimento do potencial dos investimentos em infraestruturas no sentido de proporcionar um perfil atrativo de risco/retorno, vantagens de diversificação, e fluxos de caixa indexados à inflação (Garvin, 2010). Tendo em conta o presente debate aberto no mundo académico, particularmente no que ao apuramento da eficácia do modelo diz respeito, a Comissão Europeia (CE), reconhecendo que os Estados-Membros podem, potencialmente, beneficiar com a aplicação de modelos PPP para reformar e melhorar as infraestruturas e serviços, elaborou um guia de recursos, que inclui uma série de estudos de casos de PPP, entre países e setores (Resource Book on PPP Case Studies, 2004). As diretrizes presentes no guia visam apresentar um instrumento de trabalho para a identificação, preparação e implementação de projetos PPP no contexto geral de uma associação de fundos privados com financiamento de subvenções e especificamente no que diz respeito à utilização de subvenções da Comissão Europeia. Finalmente, o documento sustenta o crescente interesse no desenvolvimento e implementação de modelos PPP, confirmado pelo pedido, apresentado por representantes dos países membros, de complementar as diretrizes com exemplos de projetos PPP reais a fim de melhor compreender as questões práticas de implementação.

Adicionalmente ao debate aberto e à controvérsia presente na comunidade científica, atendendo aos estudos mais recentes, existe uma grande lacuna no conhecimento devido à escassez de investigação que analise o impacto do modelo PPP, no que concerne à qualidade e satisfação do serviço prestado, tal como argumenta Hellowell (2016). O autor indica que existe pouca orientação para os decisores sobre as circunstâncias em que o modelo PPP é suscetível de produzir bons resultados. Nesse sentido, Petersen (2019) exige uma maior concentração académica em avaliações rigorosas do modelo PPP, com ênfase na qualidade como critério de desempenho, indo ao encontro da conclusão do Tribunal de Contas (TC) que refere que alguns dos desafios futuros passam essencialmente pela monitorização dos indicadores de desempenho em todos os hospitais do SNS, adequando-os com base na experiência adquirida, bem como de outros mecanismos como a avaliação da satisfação dos utentes (TC, 2021). Já em 2019, o TC referia que “a vertente de satisfação dos utentes também não foi considerada pelo Estado na avaliação global dada a inexistência de informação comparável apurada, pelo Ministério da Saúde, nos hospitais de gestão pública do SNS” (TC, 2019, p.19). Adicionalmente, e tal como já recomendado pelo TC em 2015 e 2016 (Relatórios n.º 19/2015 e n.º 24/2016 - 2.ª Secção.), o TC voltou a recomendar, em 2019, à Ministra da Saúde a:

Realização e publicitação dos inquéritos de satisfação dos utentes de todas as unidades hospitalares do SNS, utilizando metodologias que permitam a comparação dos resultados não só entre estes hospitais, mas também com os resultados obtidos na avaliação da satisfação dos utentes das entidades gestoras dos hospitais em PPP, atribuindo, eventualmente, essa tarefa à Entidade Reguladora da Saúde (TC, 2019, p.24).

Finalmente Caballer-Tarazona e Vivas-Consuelo (2016) argumentam que apesar do facto do modelo PPP gerar um grande interesse no mundo académico, a literatura existente à data ainda é fragmentada e centrada no aspeto dos custos de gestão. No entanto, especialmente no setor da saúde, é necessária uma análise holística do desempenho hospitalar, e não apenas uma mera análise de custos. Assim, em outubro de 2011, a Agência Europeia para a Saúde e Consumidores lançou um concurso, para a realização de uma análise económica e de saúde relativa às avaliações das PPP, na prestação de cuidados de saúde em toda a UE. Em agosto de 2013, os participantes no concurso apresentaram o seu relatório baseado em estudos de diferentes países, com o objetivo de reverem os resultados e análises de custo-benefício, realizadas pelas autoridades públicas, na aquisição e gestão de contratos de PPP, no setor da saúde (EXPH, 2014). O estudo teve como principal objetivo acrescentar transparência e clareza às despesas públicas e aos passivos contingentes das PPP, no domínio da saúde. No entanto, as provas fiáveis, sobre a natureza dos contratos e a execução das PPP, estão limitadas devido ao carácter confidencial das relações comerciais entre os setores público e privado. O relatório conclui que é muito difícil comparar os benefícios financeiros dos contratos PPP com as formas tradicionais de contratação (contratação pública). No entanto, o relatório conclui que a relação custo-benefício (*VfM*) relativa a uma prestação específica de serviços na saúde, só pode ser calculada mediante a determinação e definição de uma população de doentes, em relação a uma alternativa também determinada e definida. Outra das conclusões, relevantes para o nosso trabalho, refere que as PPP, que contemplam a prestação dos dois serviços (serviço de infraestrutura e serviço de gestão clínica), devem estar sujeitas às mesmas regras, relativamente ao acesso de doentes e tarifas, que são usadas nos hospitais controlados pelo parceiro público, privado ou do setor social, para que assim a experiência dos doentes não seja diferente. Ainda no que diz respeito ao resultado das PPP, o relatório indica que uma estrutura adequada de incentivos para os parceiros privados, incluindo mecanismos de financiamento, juntamente com uma gestão e fiscalização eficiente, são fatores determinantes para os resultados do modelo e consequentemente da relação custo-eficácia ou *VfM*. Importa esclarecer o que se entende por *VfM* e aprofundar este termo, o que faremos no ponto 2.3.1

Particularmente em Portugal, apesar das várias avaliações, quer por entidades privadas, quer por entidades públicas, ainda não se chegou a uma conclusão clara sobre o modelo PPP

na saúde, uma vez que há pontos comuns que se encontram em diversos relatórios publicados: um é o de que as PPP geram poupança para o Estado, o outro é o de que faltam indicadores de comparação com os restantes modelos de gestão de hospitais públicos. Os modelos PPP na saúde têm sido, na maioria dos casos, uma resposta a um problema ou situação política específica, tendo como lacuna comum a ausência de qualquer avaliação formal do resultado do projeto (EXPH, 2014). Esta situação reforça, de certa forma, a ideia defendida por Linder e Peters (1989) de que grande parte da seleção dos instrumentos políticos (PPP ou outros), é feita através da sua familiaridade, tradição política, ou parcialidade profissional; é pois, extremamente importante saber o que os decisores acreditam estar a receber quando escolhem um instrumento em vez de outro, sendo que quando adicionamos um pano de fundo ideológico, ao termo 'Parceria', este parece menos prático e mais instrumental e/ou oportunista (Linder, 1999).

Tendo em conta o crescente número de alternativas desenvolvidas para a prestação de cuidados de saúde e sendo o modelo PPP uma delas, a procura por avaliações adequadas é um fator chave para o desenvolvimento e aferição empírica de soluções nos cuidados de saúde. O painel de peritos aponta como novos métodos, para avaliar o resultado e a relação custo-eficácia (*VfM*) do modelo PPP, o foco no resultado, comparação de alternativas relevantes, e a utilização de dados de prática clínica em vez de experiências clínicas (EXPH, 2014).

Tendo em conta as lacunas identificadas e as dissonâncias presentes na literatura, neste momento, ainda não temos uma certeza quanto ao possível retorno económico-financeiro, ao benefício social (qualidade do serviço) e ao apuramento claro do custo-benefício (*VfM*) dos modelos PPP aplicados em Portugal no setor da saúde. Assim, torna-se um exercício complexo, entender as verdadeiras intenções dos vários governos, quando tomam decisões, no âmbito dos modelos PPP na área da saúde, sem provas empíricas de que este poderá ser um modelo de gestão, aplicado casuisticamente, mais adequado às necessidades financeiras e sociais do País. Se, por um lado, os indicadores dos Hospitais PPP poderão revelar grande qualidade na prestação do serviço à população (Gera & Rubtcova, 2018), com obtenção de poupanças financeiras para o erário público (Marques & Berg, 2011), por outro, existem ainda estigmas antigos que perduram na esfera pública, não sendo certo que o Estado esteja disponível para apostar numa melhoria das suas competências em matéria de negociação, gestão e fiscalização deste tipo de modelo de contratação. Ao invés, poderá ser mais cómodo optar pela internalização e abandonar as PPP à medida que os contratos se extinguem, evitando, assim, comparações entre Hospitais EPE e Hospitais PPP, quer em termos financeiros, quer em termos de qualidade. Ora, quando não existe um termo de comparação, apenas nos cingimos ao que existe, e esta sim, poderá ser uma opção muito mais cómoda, traduzindo esta opção a ideia já defendida por Linder e Peters (1989) que refere que, os decisores, em vez de

avaliarem os instrumentos em abstrato, tendem a avaliá-los contextualmente, desenvolvendo relações contingentes entre problemas políticos e instrumentos políticos.

A questão de partida para o nosso trabalho teve a ver com a necessidade de encontrar uma forma de avaliação mais rigorosa dos modelos PPP na saúde em Portugal, com vista a verificar se estes modelos são encarados pelos decisores como um modelo de gestão com vantagens efetivas para a população, ou se, por outro lado, estamos perante uma ferramenta política instrumentalizada. Esta interrogação vai de encontro às propostas de Yaya (2017), que preconiza um modelo de avaliação sistemática e a comparação da qualidade entre modelos de aquisição, públicos e privados. Ou seja, no momento de partida, ainda não temos uma certeza quanto ao possível retorno económico-financeiro, quanto ao benefício social (qualidade do serviço), e quanto ao apuramento claro do custo-benefício (*VfM*) dos modelos PPP aplicados em Portugal no âmbito da saúde. Os pontos seguintes detalham a justificação apresentada e enquadram o modelo PPP e a sua aplicabilidade ao setor da saúde.

1.2. Características e definições das PPP

A cooperação dos setores público e privado, em correspondência com as reformas introduzidas pela *New Public Management* (NPM), que detalharemos mais à frente no nosso trabalho, tenderá a assegurar uma maior qualidade dos serviços públicos e aumentar a eficiência da administração pública (Hood, 1991); ou seja, teoricamente espera-se que os modelos PPP ofereçam benefícios, ao contrariarem alguns dos aspetos negativos da contratação pública (entre eles a conceção excessiva, a incorreta gestão dos projetos, as derrapagens de tempo e de custos, a degradação excessiva das infraestruturas, os custos de manutenção e operação mais elevados, os valores residuais mais baixos dos ativos, a introdução de disciplina comercial e os incentivos aos projetos de capital do setor público) ao proporcionar um *VfM* e erradicar a dicotomia entre os setores público e privado (Akintoye et al., 2003). Não obstante os conceitos teóricos do modelo PPP, o mesmo não é consensual entre os académicos (Mota & Moreira, 2015), existindo também opiniões dissonantes no que ao *VfM* diz respeito. Assim, importa referir, resumidamente, o que se entende por *VfM*, ou seja, a ‘relação custo-benefício’ num modelo PPP está relacionada com a ideia de que as PPP podem produzir um fluxo de serviços pelo menos equivalente em qualidade ao que poderia ser fornecido pelo setor público, mas a um custo global mais baixo, tendo tudo em conta, especialmente a atribuição de riscos (Sarmiento, 2010). Abordaremos, detalhadamente, o termo *VfM* e tudo o que o mesmo implica mais à frente na secção 2.3.1 do nosso trabalho.

Como veremos na secção 2.2.2, existem múltiplos modelos (ou tipologias) PPP, que variam de país para país, aplicados a diferentes setores de atividade, o que sem dúvida cria uma dificuldade em estabelecer uma definição unívoca e incontestada do termo PPP (Mota &

Moreira, 2015). Nesse sentido, importa percebermos o que a literatura no diz quanto à definição do termo PPP. A OCDE define as PPP como:

Um acordo entre o Setor Público e uma ou mais entidades privadas, no qual estas últimas prestam um serviço que corresponde aos requisitos definidos pelo Governo e que ao mesmo tempo gera lucro para os acionistas, dependendo estes dois requisitos dos riscos alocados a cada parte (OCDE, 2008, p.17).

Outra definição é apresentada por Mitchell (2003), que caracteriza uma PPP como um acordo entre uma ou mais entidades públicas e privadas, normalmente de natureza de longo prazo, que reflete responsabilidades mútuas na promoção de interesses comuns. Esta definição foi posteriormente detalhada por Koppenjan (2005) que definiu as PPP como uma forma de cooperação estruturada entre parceiros públicos e privados no planeamento/construção e/ou exploração de infraestruturas, nas quais partilham ou redistribuem riscos, custos, benefícios, recursos e responsabilidades. Adicionalmente, nos Estados Unidos da América, o *National Council for Public-Private Partnership* define uma PPP como um acordo contratual entre uma agência do setor público e uma empresa privada com fins lucrativos, em que recursos e riscos são partilhados para a prestação de um serviço público ou desenvolvimento de infraestruturas públicas (NCPMP, 2020; Tang et al., 2010; Yamout & Jamali, 2007). Finalmente, de entre as inúmeras definições presentes na literatura, destacamos ainda a apresentada pela *Partnerships British Columbia* (2009), que define as PPP como um acordo de parceria sob a forma de um contrato a longo prazo baseado no desempenho entre o setor público, qualquer nível de governo e o setor privado, geralmente uma equipa de empresas do setor privado que trabalham em conjunto para fornecer infraestruturas públicas aos cidadãos. Estas definições levam-nos a uma conclusão inequívoca: a de que as PPP só funcionam quando ambos os parceiros (público e privado), beneficiam da relação e que esses benefícios futuros são esclarecidos antecipadamente. De uma forma mais particular, o DL nº 111/2012 do regime jurídico Português, no seu artigo 2.º, n.º 1 define PPP como:

Um contrato por via do qual uma entidade privada, designada por parceiro privado, se obriga, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar, mediante contrapartida, o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, em que a responsabilidade pelo financiamento, exploração e riscos associados incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado (DL nº 111/2012, artigo 2.º, n.º 1).

Não obstante as inúmeras definições para o termo PPP, o que a literatura nos diz atualmente, relativamente aos fatores críticos de sucesso do modelo PPP, é que os mesmos podem ser agrupados por fatores extrínsecos e intrínsecos (Tabela 1).

Tabela 1 – Fatores Críticos de sucesso do modelo PPP

Tipologia dos Fatores	Fatores de Sucesso	Descrição
<i>Fatores Extrínsecos</i>	Envolvente económica	Condições macroeconómicas favoráveis
	Ambiente Legal	Qualidade institucional e Quadro jurídico sólido
	Ambiente Político	Sistema político estável e Apoio governamental
<i>Fatores Intrínsecos</i>	Viabilidade económica	Recursos financeiros e Rentabilidade do projeto
	Confiança	Compromisso e responsabilidade entre parceiros
	Gestão do risco	Alocação de risco adequada e Contrato transparente e ajustado
	Processo de compras	Transparência do processo e alto nível de know-how de ambos os parceiros

Fonte: Adaptado de Mota e Moreira (2015), e Osei-Kyei e Chan (2015)

Os fatores económicos são, sem dúvida, fatores a ter em conta e sustentam grande parte das avaliações *ex ante* dos projetos PPP; no entanto, não podemos deixar de realçar a importância dos fatores não económicos, como o ambiente Legal e Político. Não obstante a análise mais detalhada que faremos a este tema na secção 2.8, importa referir que a sustentabilidade do modelo PPP, depende muito da qualidade das instituições do setor público e dos parceiros privados envolvidos no processo. Em países onde a qualidade das instituições públicas é débil, os investidores privados atribuem um maior nível de risco de financiamento, o que se refletirá numa taxa de retorno esperada e/ou exigida maior. Nestas circunstâncias, os investidores terão menos probabilidades de participar em concursos PPP por força da impossibilidade de o parceiro público aceitar a atribuição de uma taxa de risco tão elevada (Hammami et al., 2006). De acordo com Mota e Moreira (2015), no que diz respeito ao ambiente político, o recurso ao modelo PPP é particularmente popular, uma vez que esta abordagem permite explorar a óbvia vantagem política de permitir o investimento em infraestruturas de apoio aos serviços públicos, evitando ao mesmo tempo confrontos ideológicos e políticos provocados por uma privatização completa. Este confronto ideológico está relacionado com o saber até que ponto as adoções de modelos PPP são impulsionadas pela ideologia política dos líderes eleitos. Algumas investigações indicam que as orientações políticas conservadoras são mais favoráveis a modelos de privatização (Bel & Fageda, 2008; Lopez de Silanes, Shleifer, & Vishny, 1997) enquanto outros estudos indicam que a ideologia política tem pouca influência na decisão (Durant & Legge, 2002; Zullo, 2006, 2009). No

entanto, Savas (2000) argumenta que expressões como ‘subcontratação’ e ‘privatização’ geram imediatamente alguma controvérsia ideológica, sendo que o termo ‘PPP’ é visto como mais aceitável. Estas ideias tornam-se ainda mais importantes quando o modelo PPP é aplicado à prestação de cuidados de saúde.

1.3. As PPP e o setor da saúde

Cada vez mais, os decisores políticos do setor da saúde estão envolvidos em parcerias público-privadas, nas quais as empresas privadas são contratadas pelos governos para financiar e fornecer novas infraestruturas de saúde e os serviços relacionados (Hellowell, 2016). As PPP que visam o desenvolvimento de infraestruturas e prestação de serviços são abundantes ao longo das últimas décadas, e os resultados têm sido amplamente discutidos na literatura académica (eg., Boardman & Vining 2012; Hodge & Greve 2009; Iossa & Saussier 2018; Yamout & Jamali, 2007).

Existem várias tipologias aplicáveis ao modelo PPP, que desenvolveremos em detalhe na secção 2.2.2. No entanto, resumidamente, o modelo DBFO (*design-build-finance-operate*) de Flyvbjerg et al. (2002) baseado na contratação, tem sido uma abordagem muito comum. Neste modelo DBFO, o Estado define os serviços que pretende que sejam fornecidos pelo setor privado, ficando a cargo deste o financiamento e a construção do ativo dedicado a esse fim. Para além da construção, o parceiro privado fica responsável pela gestão do ativo e pela prestação dos seus serviços (FMI, 2004). Com o objetivo de definirem o termo PPP aplicado ao setor da saúde, Jütting (1999), Tuohy (2001) e Yaya (2005), respetivamente, tiveram como base o sistema de saúde e respetiva prestação de serviços. Jütting (1999) aborda o modelo PPP em termos de contributos do setor privado para o setor público, quantificando-os a três níveis:

- i) maior eficiência, quer reduzindo o custo dos serviços, quer aumentando a qualidade e eficácia dos serviços;
- ii) acesso alargado aos serviços de saúde para toda a população, utilizando meios mais rentáveis de prestação de serviços e utilizando os recursos especializados do setor privado;
- iii) produção de recursos e receitas adicionais para o setor público, através do aluguer de instalações/equipamentos ou de conhecimentos especializados para o setor privado a custos razoáveis.

Para Tuohy (2001) o modelo PPP representa um reposicionamento dos sistemas de saúde pelos governos, unindo a lógica da eficácia e eficiência, centrando-se num objetivo tridimensional: i) permitir que as entidades públicas tenham acesso ao capital privado e a uma melhor gestão; ii) permitir que o setor público beneficie da experiência do setor privado e que o Estado tenha acesso a tecnologias de forma menos dispendiosa e, sobretudo, a uma

redistribuição dos riscos, à segurança da prestação de serviços e à extensão das infraestruturas e serviços de saúde; e iii) utilizar, de forma inteligente, a flexibilidade e a exatidão do setor privado para contrabalançar a lentidão dos regulamentos e procedimentos do setor público, permitindo assim um melhor ajuste dos meios do Estado aos seus objetivos.

Por fim, Yaya (2005) argumenta que, num contexto em que se verifica um acumular de necessidades de financiamento e uma maior oferta de serviços de saúde e vários constrangimentos orçamentais, o modelo PPP visa melhorar a eficácia e eficiência dos serviços públicos e reforçar a viabilidade financeira, operacional e infraestrutural. Ao contrário das afirmações anteriores, Yaya (2005) observa que o financiamento privado, dos serviços clínicos, em vez de permitir ao setor público libertar tempo e recursos, contribui para a sua depreciação por via da promulgação de regimes mistos de financiamento, inferindo processos de gestão e contabilidade mais difíceis (Calu et al., 2011).

Yaya (2017) estabelece um padrão para novos caminhos de investigação, demonstrando como é possível a avaliação sistemática e a comparação da qualidade entre modelos de contratação em regime PPP. Também Caballer-Tarazona e Vivas-Consuelo (2016) argumentam que apesar do facto do modelo PPP gerar um grande interesse no mundo académico, a literatura existente à data ainda é fragmentada e centrada no aspeto dos custos de gestão. No entanto, especialmente no setor da saúde, é necessária uma análise holística do desempenho hospitalar, e não apenas uma mera análise de custos. O distanciamento à análise pura de custos, é também sugerida por Kosycarz et al. (2019) que argumentam que ao serem implementados alguns dos princípios do setor privado, as PPP podem mudar a perceção dos hospitais públicos, assim; as PPP são consideradas mais como um instrumento para melhorar o *VfM* do que como uma fonte adicional de financiamento.

Em Portugal, o modelo PPP, quando aplicado ao setor da saúde, veio pôr em causa a matriz original do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que, até ao virar do século, se baseava totalmente num modelo de gestão pública; o Estado era responsável por todo o âmbito dos cuidados de saúde, desde a prestação do serviço, ao financiamento, produção e regulação. Como já identificado por Sarmento e Renneboog (2017), a temática das PPP não tem sido objeto de uma análise académica e/ou prática adequada, ao nível dos diversos intervenientes que possibilite a clarificação quanto à eficiência e aplicabilidade do modelo. Nesse sentido, e no que diz respeito à eficiência, o termo ‘valor ótimo de despesa de saúde’ não pode ser facilmente explicado, tal como referido por Barros (2019, p.53) “...como não há uma teoria consensualmente aceite que gere um valor ótimo de despesa em saúde a ser alcançado, não é lícito retirar dos modelos de gestão quanto se deve ou pode gastar em cuidados de saúde em Portugal”; no entanto, e tal como concluído pelo estudo realizado por Lopes e Magalhães (2006), já no ano de 2006 se verificava a necessidade de alteração do modelo de gestão do SNS. De igual forma, o documento produzido pelo Ministério da Saúde “Saúde em Portugal –

Estratégia para o virar do século 1998-2002” refere que, o financiamento público deve continuar a ter um papel maioritário, considerando, no entanto, positiva uma maior diversificação de fontes de financiamento, abrindo as portas à participação privada nos cuidados de saúde em Portugal. É crucial perceber que o termo financiamento é entendido, de modo geral, como a origem dos recursos financeiros para fazer face às despesas de saúde (Barros, 2019). Abordaremos a metodologia das escolhas dos investimentos ao processo de financiamento na secção 2.6.

Nesta linha de alteração do modelo de contratação no setor da saúde, o Estado Português iniciou um processo que abriu as portas aos fundamentos da NGP e, consequentemente, ao recurso do modelo PPP, em linha com o preconizado na literatura, onde as PPP aplicadas ao setor dos cuidados de saúde são tidas como simultaneamente inevitáveis e imperativas (Torchia et al., 2015). Esta inevitável utilização do modelo PPP está relacionada com a forma como os governos lidam com os problemas crescentes com os cuidados de saúde, estabelecendo parcerias entre prestadores de cuidados de saúde (setor público), empresas de construção, gestão, e financiadores (setor privado) (Torchia et al., 2015).

Não obstante a inevitabilidade da aplicação do modelo PPP na saúde, é imperativo reconhecer que uma das principais preocupações, relacionadas com o modelo no setor dos cuidados de saúde, é o seu impacto no interesse público, uma vez que o parceiro privado pode não ter necessariamente o interesse público como um objetivo principal (Friend, 2006); por outras palavras, as PPP podem ser interpretadas como parcerias puramente comerciais, com um interesse económico, ou podem ser vistas como política pública em ação. Isto significa que as parcerias podem ter um espectro que vai desde a confiança na integridade até ao comportamento político pouco ético e calculista (Johnston & Gudergan, 2007). Em Portugal os Hospitais PPP estão inseridos no Serviço Nacional de Saúde português (SNS), fazendo parte integrante da rede de cuidados de saúde à população, o que nos leva à necessidade de enquadrar o modelo PPP no SNS e abordar o caminho que nos levou a este modelo de gestão em cuidados de saúde.

1.4. O sistema nacional de saúde e as PPP em Portugal

O SNS, desde a sua criação, atravessou múltiplos processos de reforma. Desafios globais como o envelhecimento da população, a administração do equilíbrio entre a contenção de custos e a manutenção do acesso e da qualidade dos serviços, o aumento de doenças crónicas ao invés de doenças agudas, obrigaram a uma carga maior de recursos de assistência médica, que levaram a que Portugal e os restantes países da OCDE concebessem grandes mudanças nos sistemas de saúde, ao longo da última década (Ozcan & Khushalani, 2017). O grande problema do setor da saúde, em Portugal, não se deve apenas a um aparente subfinanciamento, mas também à forma como os recursos são utilizados (Nunes, 2014, p.30). Nos dias de hoje, em

Portugal, o Estado é responsável pela regulação e financiamento do sistema de saúde, que é caracterizado por três coexistências e sobreposições de sistemas: 1) o SNS – um sistema universal, financiado por impostos; 2) as ofertas de seguros públicos e privados (por exemplo, o SAMS ou a ADSE); e, finalmente, 3) os seguros de saúde privados voluntários (e.g., Advanced care, Multicare, Médis). Podemos concluir que o sistema de saúde português tem uma mistura de financiamento público e privado. Ao nível dos subsistemas de saúde, estes são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde aos membros de certas profissões ou organizações, independentemente do regime de proteção social em que estejam enquadrados e desde que paguem as respetivas quotizações e cumpram os requisitos definidos em regulamento aplicável a cada caso concreto (e.g., Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM), Polícia de Segurança Pública (SAD-PSP) e Guarda Nacional Republicana (SAD-GNR); garantem cerca de 20 a 25 por cento da cobertura dos cuidados de saúde da população e são maioritariamente financiados por via das contribuições dos trabalhadores e empregadores, incluindo as contribuições do Estado como empregador para os trabalhadores públicos (Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, 2020).

Em Portugal, o planeamento e a regulamentação têm lugar, na sua maioria, a nível central no Ministério da Saúde, sendo os sistemas hospitalares organizados em cinco regiões administrativas de saúde do continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Para cada uma destas regiões, existe um conselho de administração de saúde, que reporta ao Ministério da Saúde que é responsável pelo planeamento e gestão dos cuidados de saúde da população, supervisão e controlo dos hospitais, administração dos centros de cuidados primários, e implementação do Plano Nacional de Saúde e persecução dos seus objetivos.

A Administração Regional de Saúde (ARS) também pode ser responsável pela contratação de serviços com hospitais e prestadores do setor privado para doentes do SNS. No entanto, estas contratações estão limitadas aos cuidados primários de saúde, visto que os orçamentos afetos aos hospitais são definidos e atribuídos de forma centralizada (Barros, et al., 2011). Assim, todos os hospitais sob a jurisdição do Ministério da Saúde pertencem ao SNS e fazem parte do setor público (Barros, 2011). De acordo com a Lei de Bases da Saúde, atualmente em vigor, os Hospitais Públicos podem ser geridos quer por via de uma gestão indireta pelo Estado, com denominação EPE – Entidade Pública Empresarial, ou por via das Parcerias Público-Privadas denominação ‘PPP’, de acordo com o tipo de gestão. Assim, as unidades hospitalares existentes em Portugal apresentam diferentes regimes jurídicos e modelos de organização, que são apresentados por Nunes (2020) e descritos na Tabela 2. Para o nosso trabalho iremos cingir-nos aos Hospitais EPE e PPP, e a respetiva comparação entre ambos os regimes.

Tabela 2 – Regime jurídico aplicado aos hospitais

Regime jurídico	Caracterização
<i>Hospitais SPA</i>	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.
<i>Hospital EPE</i>	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.
<i>Hospital S.A.</i>	Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos
<i>Hospitais Privados</i>	Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.
<i>Hospitais públicos geridos por outras entidades (PPP)</i>	Instituições e serviços do SNS geridos por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão, ou em regime de convenção por grupos de médicos, nos termos do Estatuto do SNS

Fonte: Adaptado de Nunes (2020)

A forma como os Hospitais Públicos são financiados pode influenciar o seu comportamento como prestadores de serviços. Os hospitais são concebidos e designados pelo Ministério da Saúde e pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), existindo dois métodos de financiamento para Hospitais Públicos (Barros, 2011; Urbano, et al., 2011):

1. **Pagamentos retroativos** – baseiam-se em anos anteriores, existindo uma validação das despesas passadas, sendo acrescentado o valor da inflação. Neste método, não há relação direta entre a produção e o desempenho da unidade hospitalar. Na maioria dos casos, o hospital não tem incentivos para racionalizar o seu orçamento. O comportamento compulsivo de contratação ao invés da aposta no aumento da produtividade dos funcionários não é penalizado, pelo que este sistema não estimula a eficiência técnica.
2. **Pagamentos prospetivos** – estão diretamente relacionados com a atividade desenvolvida, sendo os preços pré-determinados. Este tipo de pagamento pode ter em conta: a capitação (a quantidade de população servida), os objetivos/orçamento das despesas, e pagamentos com base em casos prospetivos.

Partindo do princípio que não existe um sistema de pagamento perfeito, os pagamentos prospetivos parecem ser mais adequados tendo em vista o financiamento dos hospitais, quando comparados com pagamentos retroativos. Estes últimos não fomentam uma gestão eficiente dos recursos, sendo que o orçamento é elaborado anualmente, e se um determinado hospital não gastar toda a verba atribuída para esse ano, o seu orçamento é reduzido no ano seguinte. Por conseguinte, o incentivo é gastar o orçamento na sua totalidade.

O início da tentativa de implementação de modelos PPP em Portugal iniciou-se em 1995, durante o governo do Professor Doutor Aníbal Cavaco Silva. A primeira experiência de gestão privada em equipamentos públicos de saúde ocorreu no Hospital Amadora-Sintra, com a concessão da sua administração ao Grupo Mello, após concurso público. Apresentou alguns ganhos de eficiência e qualidade na prestação de cuidados clínicos, como uma contenção de despesas, menores custos, maior eficiência, gestão baseada em resultados e incentivos à

produtividade. Permitiu, também, identificar alguns riscos inerentes à gestão privada, como o *over-treatment*, a instabilidade profissional, a adoção de uma lógica empresarial puramente financeira – seleção de casos, procura induzida pela oferta (Rego, 2018). Esta primeira experiência culminou num diferendo judicial entre os parceiros público e privado, contribuindo para uma descredibilização do Hospital Amadora-Sintra junto dos seus utentes (Monteiro, 2010).

Não obstante um início tumultuoso, assistiu-se ao lançamento das PPP hospitalares em 2001, durante a governação liderada pelo Eng. António Guterres. Em 2002 assistimos à introdução da Lei de Gestão Hospitalar, inscrita na Lei n.º 27/2002 de 8 novembro, cuja leitura deverá ser acompanhada da análise da Lei n.º 69/2013, que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar, e que veio potenciar a ‘rede nacional de cuidados hospitalares’. De acordo com a Lei de 2002, esta rede admite várias tipologias de estabelecimentos de saúde, entre elas as PPP. Dos dez projetos iniciados desde 2001, apenas quatro foram concluídos e estão, à presente data, em vigor ou terminaram o seu ciclo de vida por opção do parceiro privado, ou por decisão do Estado Português (Tabela 3).

Tabela 3 – Hospitais públicos em regime PPP

Variantes do Modelo	Hospital de Cascais	Hospital de Braga	Hospital de Loures	Hospital Vila Franca de Xira
<i>Assinatura do Contrato Final</i>	8 de outubro de 2008	9 de fevereiro de 2009 ¹	31 de dezembro de 2009	25 de outubro de 2010
<i>Início da Gestão da Infraestrutura Existente</i>	1 janeiro de 2009	1 de setembro de 2009	-	1 de junho de 2011
<i>Entrada em Funcionamento do novo Hospital</i>	Fevereiro de 2010	Maio de 2011	Janeiro de 2012	Março de 2013

Fonte: Adaptado de Matos e Nunes (2019)

De notar que o contrato celebrado entre o Estado e o Parceiro Privado, relativo ao Hospital de Braga, e contrariamente ao verificado nos Contratos de Gestão que sustentam as PPP de Cascais e de Loures, prevê na cláusula 131^a a atualização dos modelos financeiros, tanto da Sociedade Gestora do Estabelecimento como do Edifício, e o envio, até 15 de julho de cada ano, dessa informação para a Entidade Pública Contratante (EPC) (TC, 2016).

Em termos económicos, e segundo o relatório da Unidade Técnica de Apoio Orçamental (UTAO) sobre as PPP na saúde, a projeção de encargos plurianuais para o OE/2018 foi de 471M€ tendo sido projetado no OE/2019 um valor de 484M€ e para 2020 um valor de 315M€. A redução prevista pela UTAO, em 2020, dos encargos com as PPP da saúde é resultado, essencialmente, do decréscimo estimado ao nível dos encargos a suportar com a gestão e prestação de serviços clínicos do Hospital de Braga, na sequência do termo do prazo inicial do contrato, ocorrido em 31 de agosto de 2019. De acordo com o documento Programa Nacional de Reformas 2016-2023, atualizado em abril de 2019, no que concerne aos Hospitais de Braga e Cascais, foi comprovada uma transferência de risco para o parceiro privado que obteve uma

rentabilidade económica inferior à que inicialmente projetou, sem que daí resultasse quaisquer encargos adicionais para o Estado.

Infelizmente, o debate sobre os méritos das diferentes abordagens tem sido caracterizado mais por ideologias políticas do que propriamente assente em provas empíricas, existindo uma relutância em realizar avaliações aos projetos em curso ou já terminados (McKee et al., 2006). Esta ideia é suportada por Whiteside (2011), que argumenta que a política inerente ao modelo PPP é sustentada através de compromissos ideológicos, e não baseada na necessidade ou num historial de sucesso.

Sabemos que o investimento em infraestruturas hospitalares não é apenas uma atividade de financiamento, sendo crucial considerar todo o ciclo de vida do edifício hospitalar. Por exemplo, é necessário pensar na vida operacional de um hospital, antes de o construir, visto poder influenciar substancialmente os custos de investimento e os custos de manutenção. O ciclo de vida de um ativo (ou infraestrutura) é separado nas quatro fases: conceção (D), construção (B), financiamento (F) e manutenção (M), i.e., as fases de DBFM (*Design, Built, Finance, Maintenance*) (Eicher, 2016). Mas como veremos na secção 2.2.2, o modelo DBFO, inclui a prestação de serviços, que vai para além da manutenção da infraestrutura inerente ao modelo DBFM.

Assim, e sendo a prestação de cuidados de saúde um dos temas principais de debate na nossa sociedade, parece-nos muito pertinente abordar a temática das PPP no âmbito da saúde em Portugal. Acresce que as lacunas identificadas na literatura são substanciais; por exemplo: Petersen (2019) indica que grande parte dos estudos presentes na literatura não examinam a qualidade do serviço; Osei-Kyei e Chan (2017) apontam para a necessidade de avaliar as potenciais limitações na aplicação do modelo PPP; ou Roehrich et al. (2014) que argumentam acerca das atuais provas empíricas sobre os benefícios das PPP serem mistas. Como veremos mais à frente, no capítulo 2, a literatura atual indica também que, apesar da crescente atenção prestada à eficácia das PPP no setor da saúde, poucos estudos fornecem um quadro prático que possibilite a avaliação da eficácia das PPP, principalmente porque não existem provas empíricas acerca da real eficácia dos projetos PPP (Torchia et al., 2015).

Aliado ao facto do conhecimento empírico ainda não clarificar cabalmente os benefícios do modelo PPP, a literatura sobre esta temática estuda predominantemente o modelo PPP seguindo uma perspetiva financeira, tal como argumentam Mota e Moreira (2015). Assim, será particularmente interessante que a investigação ou estudos futuros nesta área possam explorar novas variáveis de natureza política, jurídica, macroeconómica e mesmo social.

1.5. Objetivos e questões de investigação

A literatura diz-nos que o racional relevante na escolha entre os modelos PPP e a aquisição pública convencional, não é o modelo que oferece o preço mais baixo, mas sim o equilíbrio mais atrativo entre o preço e a qualidade da infraestrutura e dos serviços relacionados (Petersen, 2019). Adicionalmente, Simões e Marques (2011) sustentam que uma decisão relacionada com o modelo PPP requer a consideração das necessidades dos utilizadores e dos prováveis impactos económicos e sociais, e não deve ser determinada por uma vontade, convicção, ou moda ‘politizada’, devendo ser sempre apoiada por uma sólida abordagem técnica e profissional. Assim, a questão de partida leva-nos a analisar as várias variáveis e dimensões relativas à qualidade da prestação dos serviços, satisfação da população e consequentemente aos resultados e às tomadas de decisão dos vários governos em Portugal, quanto ao modelo PPP na área da saúde.

1.5.1. Objetivos gerais e específicos

Tendo em conta a questão de partida, que de forma simples questiona se os modelos PPP, na área da saúde em Portugal, são encarados pelos decisores como um modelo de gestão com vantagens efetivas para a população, ou se, por outro lado, estamos perante uma ferramenta política instrumentalizada, então estabelecemos os seguintes objetivos gerais:

1. Procurar saber se o modelo PPP na saúde em Portugal tem sido utilizado como um modelo de gestão ou se, por outro lado, tem sido uma ferramenta política instrumentalizada pelos governos.
2. Procurar avaliar os resultados do modelo PPP, utilizado no setor da saúde em Portugal, em termos dos seus impactos económicos, financeiros e sociais.

Estes objetivos gerais incluem os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar as vantagens e desvantagens do modelo PPP no setor da saúde em Portugal, do ponto de vista económico (satisfação das necessidades dos utentes), financeiro (melhores resultados financeiros, maior eficiência económica, *VfM*) e social (satisfação dos utentes, objetivos atingidos pelas PPP).
2. Analisar se as decisões tomadas pelos governos, relativamente às PPPs na área da saúde, nomeadamente, as decisões de continuação ou reversão do modelo, tiveram em conta os resultados economico-financeiros e sociais obtidos pelos 4 projetos PPP em Portugal.
3. Verificar, empiricamente, a satisfação da população portuguesa face ao modelo PPP implantado em quatro Hospitais Portugueses.
4. Verificar, empiricamente, a qualidade do serviço prestado pelos Hospitais a operarem no modelo PPP em Portugal.

5. Verificar, empiricamente, o grau de literacia (nível de conhecimento do modelo) da população portuguesa face ao modelo PPP na saúde.

1.5.2. Questões de investigação

Tendo em conta os objetivos propostos, torna-se imperativo colocarmos uma série de questões de investigação que possibilitarão responder à questão de partida. Assim, as questões seguintes tornam-se ainda mais imperativas quando nos aproximamos de um triénio onde serão tomadas várias decisões relativamente à continuidade de algumas PPP na área da saúde, lançamento de novos concursos, como por exemplo a próxima obra de construção do novo Hospital de Lisboa Oriental e até possíveis reversões para a esfera pública.

1. Será que o modelo proposto para analisar a relação entre a qualidade percebida pelos utentes e a sua satisfação com os serviços é ajustado aos dados recolhidos na população?
2. Será que as seguintes variáveis moderam a relação entre a qualidade percebida pelos utentes e o seu grau de satisfação geral com os serviços?
 - a. Grau de literacia
 - b. Idade
 - c. Rendimento
 - d. Escolaridade
3. Qual o grau de satisfação da população portuguesa face à qualidade do serviço prestado pelos Hospitais PPP?
4. A população portuguesa está devidamente informada e esclarecida quanto ao modelo PPP na área da saúde (grau de literacia)?
5. Nos últimos 10 anos, os resultados económico-financeiros (*VfM*) do modelo PPP, aplicado na área hospitalar, foram positivos (existindo *VfM*) ou negativos (ausência de *VfM*)?
6. A *performance* (Indicadores assistenciais e económico-financeiros), registada nos últimos 10 anos, nos Hospitais PPP é inferior ou superior à *performance* dos hospitais EPE?
7. O desempenho, das PPP no setor da Saúde, é adequado, em função do acordado contratualmente com o Estado?
8. Os 4 Hospitais PPP atingiram os objetivos traçados aquando da sua adjudicação, em termos de benefícios sociais?
9. Que conclusões podemos retirar das avaliações, quantitativas e qualitativas, ao modelo de gestão PPP na área da saúde em Portugal?

A **questão (1)** tem como objetivo aferir a adequabilidade do modelo de investigação proposto, relativamente à relação entre a qualidade percebida pelos utentes e a sua satisfação

com os serviços e se o mesmo é ajustado aos dados recolhidos na população. Esta avaliação será feita pela utilização de um modelo de equações estruturais. Previamente, serão estudadas e validadas as escalas que medem os conceitos aferidos no modelo.

O objetivo da **questão (2)** consiste em estudar as variáveis que, teoricamente, poderão moderar a relação entre a qualidade percebida dos utentes e o seu grau de satisfação geral com os serviços.

Tendo em conta que as práticas dos decisores públicos, refletem o compromisso do Estado para com a população, o que, por sua vez, leva a uma maior confiança no Estado (Cho & Poister, 2013), as **questões (3) e (4)** serão respondidas aferindo o grau de envolvimento da população Portuguesa face ao modelo PPP nos Hospitais: de forma concreta, focam-se no nível de informação disponibilizada, satisfação com o serviço, qualidade do serviço, e o nível de literacia da população acerca desta temática. Estas questões de investigação são ainda mais importantes pois os resultados negativos de um dado projeto PPP, levam ao descontentamento da população e, em última instância dos eleitores; ou seja, os resultados negativos das PPP acabam por ser onerosos em termos políticos (especialmente se aparecerem dentro de um ciclo eleitoral), bem como de uma perspetiva negativa de bem-estar social (Boardman & Vining, 2012). Para respondermos a estas questões específicas, propomos a elaboração e realização de questionários a uma amostragem da população portuguesa servida pelos 4 Hospitais que funcionam, ou funcionaram, em regime PPP e a, pelo menos, 4 Hospitais EPE pertencentes ao mesmo *cluster*.

O propósito da **questão (5)**, será o de, empiricamente, analisar os resultados economico-financeiros obtidos pelos 4 projetos PPP na área da saúde em Portugal, analisando a possível obtenção de *VfM*, ou seja, uma possível redução dos custos do projeto ou uma maior qualidade para os mesmos recursos, tal como defendido por Caballer-Tarazona e Vivas-Consuelo (2016) e Grimsey e Lewis (2005). Tem como base o princípio de que o objetivo final dos Hospitais é o de promover a saúde da população, para que possam participar ativamente nas atividades económicas e sociais do País, tendo ao mesmo tempo uma saúde adequada (Gharaee et al., 2019).

Esta questão torna-se particularmente importante pois, como sabemos, as evidências internacionais, quanto à obtenção de *VfM* do modelo PPP, são mistas (Roehrich et al., 2014), nomeadamente quanto ao *VfM* que poderá ser obtido, pelo setor público, em projetos PPP afetos aos cuidados de saúde (De Marco & Mangano, 2013; Pollock et al., 2002). Adicionalmente, o *VfM* relativo a uma prestação específica de serviços na saúde, só pode ser calculado mediante a determinação e definição de uma população de utentes, em relação a uma alternativa também determinada e definida (EXPH 2014); ou seja, devemos comparar sempre Hospitais que estejam incluídos no mesmo *cluster* definido pela ERS. Para isso, recorreremos à análise documental de todos os relatórios oficiais do Estado, onde são vertidos

os resultados operacionais e financeiros dos quatro Hospitais PPP e ainda todas as análises *ex ante* efetuadas pelo parceiro público, consagradas no nº 1 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.

De notar que, quanto ao Hospital de Braga, apenas analisaremos os resultados até ao ano de 2019 (data em que se efetivou a reversão do modelo PPP para EPE) e para este caso em concreto, tentaremos aferir se a reversão do modelo foi motivada por falhas de desempenho na entrega dos serviços, em termos de qualidade e quantidade, ou por considerações sociais e ambientais (Xiong et al., 2019). Acresce que neste caso, poderemos avaliar todo o ciclo de vida do projeto, ou seja uma avaliação *ex post*, que poderá revelar que a eficiência e o *VfM* não foram alcançados, tendo em conta o inicialmente proposto em sede de concurso.

Para os outros três Hospitais, atualmente a operarem em regime PPP, será efetuada uma análise *ex ante*, tendo por base duas das abordagens propostas por Sarmiento (2010) e Garvin (2010), para avaliar o *VfM*: i) análise custo-benefício completa; e ii) um comparador do setor público (CSP). Identificámos várias fontes de informação, públicas e privadas, que permitirão aferir os resultados economico-financeiros dos projetos PPP, nomeadamente os relatórios produzidos periodicamente pela UTAP e UTAO, os pareceres emitidos pelo TC e estudos financeiros produzidos ao longo dos anos por várias entidades privadas independentes. O cruzamento dos resultados obtidos permitirá aferir, se, de facto, os resultados (obtidos até à data) dos projetos PPP foram positivos ou negativos, comparando-os com os modelos de contratação Públicos e com o caso base inicial.

As **questões (6 e 7)** serão respondidas com recurso à análise qualitativa e quantitativa dos indicadores de desempenho dos Hospitais PPP, comparativamente com os Hospitais EPE, partindo da metodologia aplicada por Caballer-Tarazona e Vivas-Consuelo (2016) para o mesmo exercício de comparação em Espanha, utilizando informações sobre custos, produção, capacidade de produção e indicadores de qualidade.

A eficiência de um dado Hospital é determinada pela relação de custos com a medida ‘doente padrão’, sendo o cálculo do doente padrão baseado na transformação da atividade hospitalar, por natureza heterogénea, numa unidade de produção única de forma a possibilitar o exercício de comparação entre unidades Hospitalares (ACSS, 2020). A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), disponibiliza uma base de dados de indicadores de desempenho relativos aos resultados da avaliação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS.

Com o intuito de ser abrangente, a nossa avaliação irá incidir sobre diferentes dimensões dos indicadores disponibilizado pela ERS. A base de dados do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) disponibiliza para cada dimensão uma análise a um conjunto restrito de parâmetros, selecionados por serem considerados relevantes e diferenciadores, ou seja, quando observados, potenciam ou refletem um elevado nível de qualidade na prestação de

cuidados de saúde. As metodologias de cálculo utilizadas pelo SINAS permitem estabelecer a comparação entre casos utilizados para a classificação no *rating*, em particular, no caso da excelência clínica, os casos com quadros clínicos de exceção, nomeadamente no que diz respeito a comorbilidades (condição da pessoa que apresenta, de maneira simultânea, mais de uma doença, sendo que elas podem, ou não, estar relacionadas) relevantes, são excluídos do cálculo dos indicadores. Os resultados disponibilizados são calculados com base em informação maioritariamente submetida pelos prestadores de cuidados de saúde intervenientes.

Os resultados obtidos, serão posteriormente comparados com os níveis de serviço contratualizados com os parceiros privados, aferindo empiricamente o cumprimento do estipulado contratualmente e conveniente comparação com os resultados obtidos pelos Hospitais EPE. Como sabemos, um dos objetivos da aplicação do modelo PPP está relacionado com a otimização de objetivos sociais, políticos e orçamentais (Forrer et al., 2010; Gharaee et al., 2019; Zhang et al., 2009); da mesma forma, as influências legais, culturais e sociais, dos diversos países, desempenham um papel de grande importância para o sucesso das parcerias (Kosycarz et al., 2019).

O objetivo da **questão de investigação (8)**, será o de verificar, empiricamente a obtenção de possíveis benefícios sociais, inicialmente identificados no caso base e no contrato de prestação de serviços, e que poderão, ou não, ser verificados ao longo do período do projeto PPP. No sentido de dar cumprimento ao estipulado na alínea f) do nº 1 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, onde a análise custo-benefício representa a fundamentação económica de um projeto, sendo uma ferramenta analítica que se expressa em termos monetários para medir os impactos sociais, com expressão económica, de um determinado projeto de investimento (UTAP, 2020).

Assim, serão analisados os documentos oficiais do Estado Português, nomeadamente os que dizem respeito ao fundamento do lançamento de cada projeto PPP, com especial enfoque na identificação, quantificação e comparação dos custos e benefícios (de natureza social, ambiental, entre outros) associados aos projetos PPP Hospitalares. Serão igualmente analisados os contratos celebrados com os parceiros privados e a sua adequação face ao cumprimento de possíveis benefícios sociais. Sabemos que a aceitação por parte da população, ao modelo PPP, é indispensável. Assim, o Estado não deve adjudicar projetos PPP sem satisfazer as exigências e expectativas da população. Isto porque se sabe, à partida, que os cidadãos são mais cautelosos quanto à qualidade dos serviços, quando os hospitais e respetivos serviços de saúde são entregues a parceiros privados por via do modelo PPP (Ng et al., 2010), e que a população poderá não compreender as disposições contratuais, altamente complicadas, e potenciar a confusão sobre a informação quanto ao desempenho de determinado Hospital (Xiong et al., 2019). Assim, a necessidade da população estar consciente

dos detalhes essenciais do contrato a celebrar, torna crucial o momento da comunicação à sociedade (Skietrys et al., 2008). O crescente aumento da percentagem do PIB gasto em cuidados de saúde em Portugal, está relacionado, entre outros fatores, com as alterações culturais na população e com o aumento das expectativas da população quanto à qualidade da prestação de cuidados de saúde (Eira, 2010; Dalton-Jez et al., 2012).

A **questão (9)** tem como objetivo retirar conclusões quanto às decisões governamentais e se as mesmas tendem a seguir a opinião/satisfação da população portuguesa, relativamente ao modelo PPP ou se, por outro lado, tendem a seguir possíveis poupanças económico-financeiras e possíveis melhorias no serviço prestado, independentemente da satisfação/perceção da população. Tem como propósito o de, conceptualmente, concluir quanto à avaliação da utilização do modelo de gestão PPP, pelos vários governos, em Portugal, nos últimos 10 anos, e aferir se a mesma se afigura adequada, para suprir as necessidades do País no que à prestação de cuidados de saúde diz respeito.

Esperamos no fim da investigação conseguir concluir, empiricamente, se de facto o modelo PPP, aplicado na área da saúde, se traduz numa mais-valia económico-financeira, assim como num acréscimo na qualidade do serviço prestado à população, contribuindo para um incremento do bem-estar social. A conclusão anterior permitirá cruzar os resultados obtidos com a satisfação da população face aos Hospitais PPP em Portugal, sendo imediatamente possível aferir se, de facto, o Estado utiliza esta ferramenta de gestão de uma forma estratégica no âmbito económico de bem-estar social ou se, por outro lado, a utiliza em função da sua “popularidade” na população portuguesa, colocando outro tipo de benefícios, por exemplo eleitorais, em primeiro plano, face aos benefícios sociais e económicos do modelo. Será igualmente pertinente aferir até que ponto a existência de uma Agência Reguladora das PPP poderia moderar o comportamento decisório do Estado, atribuindo-se-lhe algumas responsabilidades como, por exemplo, as decisões de adjudicação ou reversão do modelo.

1.6. Estrutura do trabalho

O presente estudo foi estruturado em seis capítulos (Tabela 4). O capítulo 1 centra-se num preâmbulo ao tema de investigação, incluindo a justificação do tema, a apresentação das características e definições do modelo PPP e a sua aplicabilidade ao setor da saúde. São descritos os objetivos da investigação e a elaboração das questões de investigação. No capítulo 2 é feita a revisão da literatura de forma detalhada, enquadrando o tema das PPP do geral para o particular. Apresentamos o estado da arte de um modo geral no que concerne às PPP e aos modelos aplicados e, de um modo particular, em relação às aplicações ao setor da saúde em Portugal. Ainda no capítulo 2 é feita uma abordagem às problemáticas, identificadas na revisão da literatura, inerentes ao tema de investigação, centrando-se na alocação do risco,

na negociação e supervisão contratual, nos resultados do modelo PPP (poupanças), nos indicadores de desempenho, na ação do Estado na economia, no papel desempenhado pela população, no grau de literacia relativo ao modelo de gestão, na qualidade e satisfação dos serviços clínicos, e nas bases teóricas dos modelos PPP. O capítulo 3 apresenta a metodologia de investigação que nos permitirá responder às questões de investigação e avaliar o modelo conceptual. A apresentação dos resultados, obtidos por via da aplicação de uma metodologia mista, qualitativa e quantitativa, e a consequente discussão dos resultados é feita no capítulo 4. No capítulo 5 as limitações ao estudo e sugestões para futuras investigações e, finalmente, no capítulo 6 apresentamos as conclusões deste trabalho. Seguir-se-ão as referências e os vários anexos.

Tabela 4 – Estrutura da tese

Capítulos	Secções
Capítulo 1 – Introdução	Justificação do Tema Características e definições do Modelo PPP Objetivos da Investigação Questões de Investigação
Capítulo 2 – Enquadramento Teórico	Estado da arte quanto o modelo PPP A teorização das PPP As PPP e a Teoria das trocas sociais Os vários modelos ou tipologias das PPP <i>Value for Money (VfM)</i> Comparador de Setor Público (CSP) Aplicação das PPP ao setor da saúde Aplicação do modelo pelo mundo e em Portugal Da escolha dos Investimentos ao Financiamento Impactos Sociais, Políticos e Financeiros do modelo
Capítulo 3 - Metodologia de Investigação	Modelo Conceptual Participantes Variáveis de Investigação e sua medição Instrumentos de recolha de dados Procedimentos, Questões éticas e Análise de dados
Capítulo 4 - Apresentação e Discussão dos Resultados	Resultados Financeiros dos Projetos PPP Resultados da <i>Performance</i> dos Hospitais PPP vs EPE Resultados dos Inquéritos
Capítulo 5 – Conclusões	Conclusão
Capítulo 6 – Limitações ao Estudo	Apresentação das limitações e sugestões para futuras investigações
Referências	Listagem das fontes de consulta utilizadas na pesquisa do nosso tema
Anexo A – Inquéritos	Inquéritos e dados
Anexo B – Dados	Base de dados relativa aos indicadores de <i>performance</i>
Anexo C – Registo de Catálogo	Publicitação de todos os documentos úteis, relacionados com o âmbito da investigação.
Anexo D – Guia do Utilizador	Guia temático para a utilização dos dados.
Anexo E – Listagem de Dados	Dados recolhidos e analisados.
Anexo F – Divulgação Questionário	Dados relativos à divulgação do questionário.
Anexo G – Resultados Pré-teste	Resultados exaustivos do pré-teste ao questionário.

Fonte: Elaboração própria

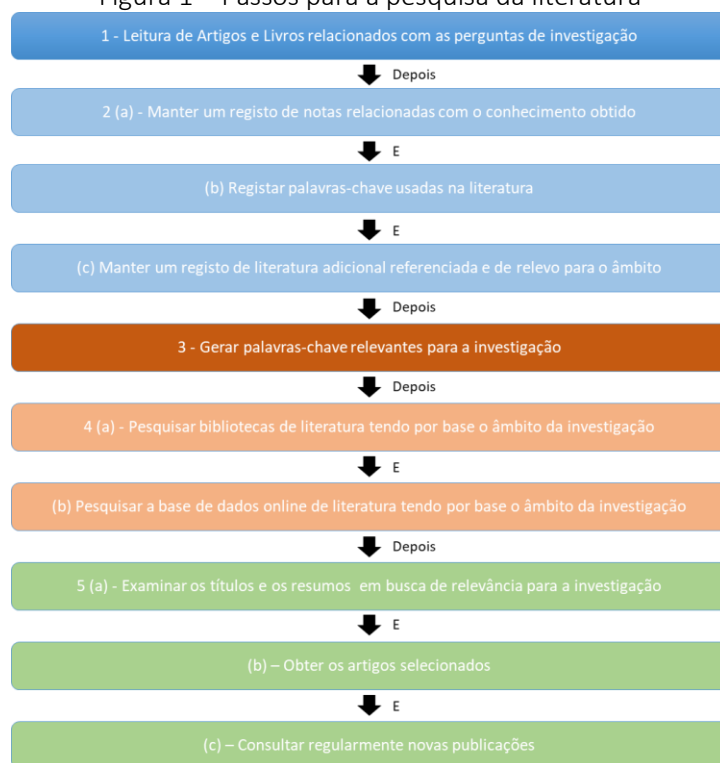
2. REVISÃO DA LITERATURA

As revisões de literatura são, por norma, trabalhos amplos, apropriados para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de uma determinada temática, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Qualquer revisão rigorosa da literatura deve aplicar um método, explícito e transparente, baseado nos princípios da investigação metodologicamente pluralista, ou um método misto (Barker & Pistrang, 2005; Frost, 2009; Todd et al., 2004). A necessidade de realizarmos uma síntese do conhecimento, deriva da enorme quantidade e do ritmo acelerado das publicações científicas (Ferrari, 2015) na área do conhecimento que pretendemos abordar. Adicionalmente, Whitley (1984) defende que efetuar uma revisão da literatura, na área dos estudos das organizações e gestão, é particularmente desafiante, tendo em conta a natureza fragmentada da área:

O complicado estado da pesquisa em MOS (*Management and Organization Studies*) torna difícil saber o que sabemos, principalmente porque a especialização gera comunidades de pesquisa que geralmente não querem e por vezes não conseguem conversar entre si. Os investigadores adotam posições em relação a práticas de gestão e decisões organizacionais para as quais não existe um cúmulo de evidências ou onde pelo menos algumas das evidências estão em desacordo (Rousseau et al., 2008, p.477).

Não obstante a abordagem, ainda que resumida, a algumas das temáticas da nossa investigação, feita no decurso da apresentação da justificação do nosso tema, realizámos uma revisão da literatura com enfoque na nossa temática principal e nas palavras-chave da nossa investigação (Denyer & Tranfield, 2009). As nossas palavras-chave incluem os termos ‘PPP’, ‘Cuidados de Saúde’, ‘Qualidade Serviço’, ‘Satisfação’, ‘VfM’ e ‘Impactos Sociais e Políticos’ em alguma forma da palavra ou combinadas, adotando os passos propostos por Bryman e Bell (2011) descritos na Figura 1, combinados com a técnica de *snowballing* (Greenhalgh et al., 2005) e princípios da pesquisa de problematização (Alvesson & Sandberg, 2011). Este procedimento permitiu identificar os textos-chave para uma leitura aprofundada. Tendo em conta que os termos de pesquisa (palavras-chave) definem os limites e a natureza da nossa pesquisa bibliográfica, estes foram estabelecidos de forma abrangente, de modo a permitir a seleção de todos os artigos relacionados e, ao mesmo tempo, eliminar os que não são relevantes (Ferrari, 2015).

Figura 1 – Passos para a pesquisa da literatura



Fonte: Adaptado de Bryman e Bell (2011)

Assim, partindo do geral para o particular, iniciamos a nossa revisão com o tema abrangente da investigação, as PPP, tentando sistematizar o conhecimento nesta área. A revisão levou-nos, posteriormente, a abordar os vários modelos/tipologias de PPP presentes na literatura e consequentemente os modelos que têm sido aplicados em Portugal e pelo mundo. Considerámos também crucial efetuar uma revisão da literatura que permitisse estabelecer o estado da arte relativamente ao regime jurídico das PPP, à avaliação do *VfM* e consequentemente à aplicação do CSP (Comparador do Setor Público). Finalmente, sistematizámos o conhecimento relativamente aos impactos sociais, políticos e financeiros do modelo.

Da revisão da literatura foi possível identificar as seguintes problemáticas relevantes para a nossa investigação:

- a. A ação do Estado na Economia, concretamente no âmbito das PPP.
- b. O papel desempenhado pela População Portuguesa relativamente ao modelo PPP, no que diz respeito ao grau de literacia, perceção da qualidade e satisfação com o serviço.
- c. A transferência de riscos entre as partes (parceiro público e privado).
- d. A qualidade dos serviços de saúde prestados pelos hospitais em regime PPP e a efetiva obtenção de poupança para o parceiro público
- e. O processo de negociação e supervisão dos contratos PPP.
- f. As disputas legais e respetivas consequências financeiras e operacionais.

g. A dificuldade de comparação de indicadores de desempenho entre hospitais PPP e EPE.

Nas secções seguintes trataremos detalhadamente cada uma das problemáticas identificadas, em sintonia com a revisão da literatura, partindo do geral para o particular.

2.1. As Parcerias Público-Privadas (PPP)

2.1.1. As raízes teóricas

A teoria é um conjunto inter-relacionado de constructos, definições e proposições que representam uma visão sistemática de um fenómeno por meio da especificação de relações entre variáveis, com o propósito de explicar e predizer um fenómeno (Kerlinger & Lee, 2000). Assim, no contexto do presente trabalho, enquadraremos os conceitos e factos na teoria, resumindo o conhecimento na área das ciências empresariais, concretamente no que ao modelo de *procurement* PPP diz respeito, mais especificamente quando aplicado ao setor da saúde em Portugal. Tentaremos prever novos factos e possíveis relações e, em simultâneo, identificar lacunas e/ou limitações no conhecimento que permitam aferir se o modelo de gestão PPP representa uma opção, quando utilizada casuisticamente, válida e viável para o setor da saúde em Portugal.

Em geral, os conceitos em discussão, relativos ao modelo contratual PPP, podem ser incluídos em três marcos teóricos distintos, nomeadamente a teoria da Administração Pública Tradicional, a teoria da Nova Gestão Pública (Clarke & Newman, 1997; Deem, 1998; Deem & Johnson, 2000; Hood, 1991; Osborne & Gaebler, 1993) e a teoria da Nova Governança Pública (Mills et al., 2021; Osborne, 2006, 2009; Torfing & Triantafillou, 2013). Estes três marcos teóricos estão na base do desenvolvimento dos sistemas administrativos e de gestão, destinados a suportar a prestação de serviços públicos. Complementarmente, também enquadraremos os conceitos em estudo na teoria de Agência (Laffont & Martimort 2002).

A teoria da Administração Pública Tradicional defende que os serviços públicos sejam organizados e geridos em torno dos princípios da burocracia descritos por Max Weber (1947) (amplamente descritos por Gerth e Mills, 1970). Estes princípios prescrevem um modelo de administração pública, caracterizado por uma classe profissional de burocratas, escolhidos e promovidos unicamente com base no mérito. Este modelo criaria uma classe profissional de administradores que ajudaria a erradicar a corrupção, resultando num serviço público fundado na base da equidade e justiça. No entanto, Gore (1994) argumentou que numa burocracia tradicional não existe uma divisão entre política e administração, sendo que os burocratas desempenham um papel central, tanto na elaboração das políticas como na sua implementação. Dada esta dupla função, o foco da burocracia tradicional está nos *inputs* organizacionais, que são definidos como algo a ser transformado pela organização (ou partes

da mesma) através de uma atividade ou função da organização, e não nos *outputs* ou resultados, que são definidos como tudo o que é produzido pela organização ou partes da mesma. Assim, no modelo tipicamente burocrático, os processos de decisão não são flexíveis, e devido à ligação entre as decisões políticas e as ações de gestão, a responsabilização da gestão não é possível (Gore, 1994). Adicionalmente, Gore (1994) argumenta que não existe um esforço sério para promover novas formas de prestação de serviços públicos, a fim de os tornar mais eficientes e eficazes. Tendo em conta todos estes limites, as burocracias tradicionais tornaram-se um problema em si (Gore, 1994).

Embora a teoria da Administração Pública Tradicional tivesse defendido a natureza equitativa dos serviços públicos, garantida por uma classe profissional de burocratas, a teoria da Nova Gestão Pública retratou os serviços públicos, e aqueles que neles trabalhavam, como ineficientes e como aproveitadores do Estado (Denhardt, 2000; Hughes, 2003). Esta teoria defende que em vez de hierarquias burocráticas inflexíveis e rígidas, os serviços públicos podem ser prestados de forma mais eficaz e eficiente, através da infusão de dois elementos encontrados no setor empresarial privado com fins lucrativos: 1) concorrência; e 2) gestão do mercado livre. Estas mudanças foram caracterizadas, mais tarde, como a Nova Gestão Pública. Os proponentes deste pensamento, argumentavam que para que a introdução de mecanismos de mercado, na prestação de serviços públicos, fosse bem-sucedida, os serviços deviam ser geridos, em vez de administrados (Denhardt, 2000; Hughes, 2003). Na retórica da Nova Gestão Pública, encontramos um conjunto de argumentos que estipulam os benefícios da adoção de uma descentralização no setor público, apresentado de tal forma que a tornam quase inevitável (Carvalho, 2006). Assim, a descentralização é identificada como uma das dimensões dominantes da gestão pública contemporânea, porque permite, como sublinham Pollitt, Birchall e Putman (1998):

- a) tornar os políticos mais responsáveis, menos distantes e mais confiáveis;
- b) conferir aos gestores a capacidade de gerir;
- c) tornar os serviços mais rápidos e responsáveis, atentos às necessidades locais e individuais;
- d) aumentar a eficiência através da criação de estruturas menos hierarquizadas;
- e) aumentar o nível de empenhamento e estímulo nos trabalhadores, cujos postos de trabalho são enriquecidos pelo aumento das responsabilidades orçamentais.

No entanto, a literatura refere que um dos riscos associado à teoria da Nova Gestão Pública é a possibilidade de o Estado perder o controlo dos processos e da orientação da gestão dos serviços do setor público, como consequência da redução do seu papel (Dunleavy & Hood, 1994). Assim, tendo em conta as falhas identificadas na linha de pensamento da Administração Pública Tradicional e posteriormente os riscos identificados à teoria da Nova Gestão Pública, surge uma nova linha de pensamento, relativa à organização dos serviços

públicos. Esta linha de pensamento foi classificada como Nova Governança Pública (Osborne, 2006, 2009). Enquanto a teoria da Administração Pública Tradicional estava fortemente dependente de estruturas hierárquicas e a teoria da Nova Gestão Pública procurava rigidamente soluções para questões utilizando a prestação de serviços com base nos princípios do mercado, a teoria da Nova Governança Pública procura combinar elementos de ambas as abordagens – defendendo que nenhuma delas é inteiramente superior. Assim, a justiça e equidade associadas à administração pública tradicional deviam combinar-se com alguns dos aspetos de gestão da linha de pensamento da Nova Gestão Pública (Asquith et al., 2015; Silvestre & Araújo, 2012).

Posto isto, as PPP surgiram como uma solução teórica que envolveria o setor privado na prestação de serviços públicos, a fim de aumentar a sua eficiência e qualidade e, ao mesmo tempo, reduzir os custos de produção (Calu et al., 2011; FMI, 2004), indo ao encontro da corrente de pensamento teórico proposto pela Nova Governança Pública. O número crescente de infraestruturas entregues em regime PPP levanta algumas questões teóricas e problemas práticos. Os problemas dizem respeito à relação entre o governo (parceiro público) e a empresa privada (parceiro privado), nomeadamente no que toca às (i) transferências de risco entre as partes, à (ii) qualidade dos serviços prestados, à (iii) eficiência resultante da concorrência entre os agentes, ao (iv) processo de negociação e à (v) supervisão dos contratos estabelecidos (Van Ham & Koppenjan, 2001; Monteiro, 2005; Silvestre & Araújo, 2012).

No que concerne às questões teóricas, a teoria económica sugere que na presença de externalidades positivas, problemas de informação assimétrica e contratos com dimensões mensuráveis de qualidade, os modelos PPP podem resultar em infraestruturas e serviços de melhor qualidade e em custos mais baixos em todo o ciclo de vida do projeto, quando comparados com os modelos de aquisição tradicionais (Iossa & Saussier, 2018). Ora, a teoria de Agência advoga que, quanto à análise da contratação, existe um fluxo de fundos e uma tarefa que é delegada; nesta relação contratual existem duas partes, o contratante, que delega o trabalho à outra parte e o agente, que executa esse trabalho no melhor interesse do contratante. O contratante procura vantagens, induzindo a concorrência entre os potenciais agentes. Com um grande número de agentes em competição pelo contrato, o contratante minimiza a sua desvantagem informativa e melhora o seu processo de decisão (Silvestre & Araújo, 2012). De acordo com a teoria de agência, o agente principal (contratante) manipula os incentivos do agente contratado, a fim de reduzir as perdas impostas ao agente principal pela sua incapacidade de alinhar o interesse próprio do agente contratado com o seu próprio interesse (Laffont & Martimort 2002). Podemos perceber, no caso concreto das PPP, que o contratante será o Estado e os agentes a contratar serão os parceiros privados que concorrem a um determinado concurso. A manipulação de incentivos é feita por via da negociação das propostas recebidas, alocando novos riscos ao agente, aumentando o prémio a pagar pela

prestação do serviço ou por via da solicitação de várias propostas a múltiplos agentes, aumentando assim a concorrência e, conseqüentemente, a probabilidade de obter um preço mais baixo.

Como vimos, a teoria de agência e o pensamento teórico proposto pela Nova Governança Pública estão na base do surgimento das PPP.

2.1.2. A teorização das parcerias

Embora ainda hoje se possam encontrar defensores de regimes de privatização total nas esferas políticas mais liberais, um empenho inequívoco na privatização é muitas vezes visto como uma resposta excessiva à ineficiência do setor público, mesmo quando a privatização é acompanhada por um ambiente regulamentar conveniente (Martimort & Pouyet 2008). Assim, a maioria dos académicos e dos decisores públicos defendem uma abordagem mais pragmática, que consiste em promover parcerias eficientes, ou pelo menos tão eficientes quanto possível entre os setores público e privado, para o fornecimento de serviços e bens públicos importantes (Martimort & Pouyet 2008), surgindo assim a teorização das PPP.

De acordo com Lattemann et al. (2009) e De Marco e Mangano (2013) o modelo PPP, quando bem estruturado, tem uma série de vantagens face ao modelo tradicional. Em primeiro lugar, os contratos PPP vêm acompanhados de um acervo regulatório robusto, que implica uma forte componente regulatória e de monitorização, alinhando incentivos (via contrato e financiamento) para que o projeto seja entregue no prazo, custo e com a qualidade requerida. O modelo PPP permite atrair capacidades financeiras e técnicas, em áreas em que o setor público não é tão forte (Girard et al., 2009; Silvestre & Araújo, 2012), tal como defendido por Martimort e Pouyet (2008) e Cumming (2007). No entanto, só as tarefas em que o setor privado tem uma vantagem comparativa devem ser realmente delegadas na esfera privada, permitindo uma alocação de riscos difíceis de gerir pelo setor público. Finalmente, o modelo PPP permite ao Estado aceder a novas fontes de financiamento para fazer face a constrangimentos orçamentais. Cada vez mais a literatura defende o uso das PPP, não só por motivos de contabilidade pública (constrangimento orçamentais) mas também por motivos de eficiência económica, nomeadamente pela obtenção de *Value for Money*¹ (VfM) para o setor público (Sarmiento & Renneboog, 2017).

Tendo em conta a existência de um debate aberto sobre as vantagens das PPP e a estimativa dos benefícios obtidos pela sua utilização (De Marco & Mangano, 2013), as PPP podem ser fonte de problemas, quando são mal desenhadas e aplicadas. Entre os principais problemas, destacamos que uma maior rigidez contratual poderá condicionar alterações ao projeto, o uso de agressividade excessiva do setor privado, os contratos mal desenhados que

¹ Combinação ótima de custos de todo o ciclo de vida de um dado projeto, riscos, tempo de conclusão e qualidade, a fim de satisfazer os requisitos públicos (Grimsey & Lewis, 2005).

geram desequilíbrios financeiros e por fim um maior escrutínio pela existência de lucros (pressão política). Adicionalmente, a aquisição de infraestruturas, recorrendo ao modelo PPP pode revelar-se mais dispendiosa, devido a dois fatores: i) o setor privado tende a exprimir o risco explicitamente, incluindo um prémio de risco no seu preço; ii) o parceiro privado pode tentar otimizar o custo afeto ao ciclo de vida do projeto, o que se pode traduzir num aumento do investimento inicial (Makovaek, 2013).

Adicionalmente, é possível identificar as seguintes dúvidas relacionadas com a utilização das PPP: 1) a complexidade, em termos de conceção da transação e de redação da documentação necessária; 2) os custos mais elevados dos empréstimos, em comparação com o financiamento convencional; 3) a negociação dos acordos de financiamento e de funcionamento tende a ser morosa (Winter & Davidson, 2018). No que diz respeito aos custos, também Pereira (2014) refere que a formulação do processo PPP, como a sua monitorização, conduzem a custos de transação relativamente dispendiosos, sendo estes custos inerentes à criação e manutenção da parceria, particularmente relacionados com as questões de: assessoria jurídica, técnica e financeira; organização do processo de licitação; negociação entre o setor público e a entidade privada; acompanhamento do cumprimento do contrato por parte do setor privado e renegociação do contrato enquanto este decorre (Dudkin & Vällilä, 2006). Cumulativamente a esta fonte de problemas, não podemos deixar de destacar que os conflitos entre interesses públicos e privados, nomeadamente no que concerne à perseguição de *VfM*, com objetivos distintos para ambos os parceiros, podem acabar em contratos difusos e gerar ‘ruído’ na gestão do investimento (Visconti, 2014).

Concretamente, no que à aplicação do modelo PPP na saúde diz respeito, o que a teoria nos diz é que o modelo PPP é visto como um mecanismo que visa a obtenção de maior eficiência e menores custos durante o ciclo de vida dos projetos de construção e fornecimento de serviços. Contudo, até à data, a evidência empírica não apoia a expectativa teórica sobre a poupança de custos, resultante da integração de tarefas e da perícia do setor privado, como argumentam os proponentes das PPP (Petersen, 2019; Roehrich et al., 2014). Por outro lado, a teoria diz-nos também que a maximização dos lucros por parte de um investidor privado, que assuma o controlo de um hospital público, irá afetar negativamente os doentes (satisfação e qualidade do serviço), tal como identificado por Hsiao (1994) e Maynard (1994). Estes autores salientaram provas emergentes que questionavam o mito de que os mercados competitivos facilitam aumentos na contenção de custos, equidade, ou eficiência nos mercados de cuidados de saúde. No entanto, já existem alguns sinais que esta teoria poderá carecer de revisão ou de, pelo menos, ser mais bem comprovada.

As PPP aplicadas ao setor da saúde, quando adequadamente estruturadas e implementadas, ajudam a enfrentar os desafios específicos relativos ao custo e investimento, proporcionando melhorias na eficiência do serviço e melhoria da qualidade do serviço (Nikolic

& Maikisch, 2006). A suportar esta ideia, identificamos a experiência do Brasil, onde o número de pacientes tratados aumentou 30% após a introdução de um parceiro privado em 12 novos hospitais públicos, construídos e financiados pelo governo (Taylor et al., 2002). Outro exemplo que mostra os benefícios da aquisição de um hospital público por um operador privado é o hospital de St. Goran em Estocolmo, na Suécia. Neste caso concreto, o parceiro privado, não só melhorou a qualidade do serviço prestado, como também o hospital pode agora tratar anualmente mais 100.000 doentes com os mesmos recursos (Hjertqvist, 2000). Estes exemplos têm levado à conclusão que a justificação teórica para o financiamento privado de instalações públicas, embora debatida, tem vindo a ser amplamente aceite (McKee et al., 2006).

É inequívoca a dispersão de posições, quanto à retórica teórica que o modelo PPP encerra. Se, por um lado e teoricamente, o modelo apresenta uma série de vantagens (mútuas) e uma perspetiva de resultados financeiros positivos, por outro, começam a emergir algumas dúvidas quanto aos resultados efetivamente obtidos por via da aplicação do modelo PPP. No caso do nosso estudo, este concentra-se na área da saúde, sendo que neste âmbito existem também resultados contraditórios, o que deixa aberta a possibilidade de existirem casos de sucesso e insucesso, resultantes de diferentes contextos políticos, económicos e sociais. Assim, neste enquadramento, iremos desenvolver a teoria das PPP à luz da teoria das trocas sociais.

2.1.3. As PPP e a *Social Exchange Theory*

Não podemos deixar de avaliar os resultados obtidos pelos Hospitais PPP em Portugal, e como os mesmos são percecionados pela população, ou seja, a qualidade e satisfação com o serviço prestado. Esta relação pode ser analisada à luz da teoria das trocas sociais (*Social Exchange Theory*). Cook et al. (2013) identificam os principais marcos teóricos das trocas sociais, centrados nos principais investigadores em sociologia, incluindo Homans (1961), Blau (1964) e Emerson (1976).

Homans (1961) definiu a troca social como a troca de atividades, tangíveis e intangíveis, implicando mais ou menos custos, entre, pelo menos, duas partes; explicando o comportamento social e as formas de organização social produzidas pela interação social; mostrando como o comportamento de A reforça ou não os comportamentos de B (atores A e B), e como o comportamento B, por outro lado, e de forma contingente reforça ou não o comportamento de A. Blau (1964) apresenta as trocas sociais como um processo central na vida social e subjacente às relações entre grupos, bem como entre indivíduos. O autor abordou, principalmente, a troca recíproca de benefícios extrínsecos e as formas de associação e estruturas sociais emergentes que este tipo de interação social criou, referindo-se às trocas sociais como ações voluntárias de indivíduos que são motivados pelos retornos

que se espera que tragam e que normalmente de facto são obtidos. Assim, podemos concluir que a teoria das trocas sociais pode ser interpretada da seguinte forma: se os custos inerentes a um relacionamento forem mais elevados que as respetivas recompensas como, por exemplo, o esforço ou investimento num determinado relacionamento, e este não for correspondido, pode resultar em vários problemas que afetam esse relacionamento.

Aplicando este quadro teórico às relações entre a população e o Estado, percebemos que as práticas dos decisores públicos refletem o compromisso do Estado para com a população, o que, por sua vez, leva a uma maior confiança na organização – Estado (Cho & Poister, 2013). Um dos marcos mais importantes que reflete o que foi ‘dado’ por um determinado cidadão (impostos) e o que é ‘oferecido’ em retorno pelo Estado (serviços de saúde), é o momento em que a população recorre aos serviços do SNS, onde o cidadão espera uma retribuição justa pelo contributo prestado, sob forma de pagamento de impostos, ao longo de um determinado período.

Neste âmbito, Homans (1961) e Blau (1964) incluíram uma conceção de troca justa nas suas formulações teóricas. Para Homans (1961), existe uma justiça distributiva quando as recompensas se alinham com os investimentos, exceto quando a participação na troca envolve custos além desses investimentos, sendo que Blau (1964) abordou as normas de equidade como determinantes para definir a probabilidade de troca. Ora, podemos concluir que, caso a população revele uma iliteracia face ao modelo PPP da saúde, é expectável que possam surgir sentimentos de injustiça, que podem ser facilmente influenciados pelas informações que são transmitidas, quer por programas eleitorais, quer por campanhas de comunicação. Por outro lado, se o nível de literacia da população for elevado, e o mesmo for relacionado com uma satisfação positiva dos serviços prestados pelos Hospitais PPP, é expectável que os sentimentos sejam positivos e que a justiça distributiva seja percecionada entre os cidadãos. Para enquadrarmos a teoria das trocas sociais ao projeto de investigação em apreço, será fundamental aferir, empiricamente, qual o grau de literacia da população portuguesa face ao modelo PPP nos Hospitais. É ainda importante perceber (i) que informação é disseminada junto da população, (ii) qual nível de envolvimento das decisões do Estado com a população, (iii) que qualidade de serviço é percecionada pela população e, finalmente, (iv) qual o nível de satisfação com os serviços efetivamente prestados pelos Hospitais PPP.

2.2. A gestão do modelo PPP

Como já abordámos no capítulo 1, nomeadamente na introdução e justificação para o nosso tema de investigação, o modelo PPP, aplicado à prestação de serviços, tem tido um crescimento aos longo das últimas décadas, sendo os resultados amplamente discutidos na literatura académica (e.g., Boardman & Vining, 2012; Garvin, 2010; Hodge & Greve, 2009; Iossa & Saussier, 2018). No entanto, Sarmiento e Renneboog (2017) identificaram que a

temática das PPP não tem sido objeto de uma análise académica adequada ao nível dos diversos intervenientes, que possibilite a clarificação definitiva quanto à eficiência e aplicabilidade do modelo. Não obstante a lacuna identificada na literatura atual, encontramos algumas revisões sistemáticas sobre a temática das PPP, entre elas as levadas a cabo por Petersen (2019), Tang et al. (2010) e Xiong et al. (2019).

De forma genérica, as PPP caracterizam-se pela sua longa duração e pelos financiamentos substanciais por parte do setor privado, sendo promovidos como acordos vantajosos para ambas as partes (Grimsey & Lewis, 2004; Marques & Berg, 2011). A literatura diz-nos que a referência relevante para a escolha entre projetos PPP e a aquisição pública convencional não é o modelo que oferece o preço mais baixo, mas sim o equilíbrio mais atrativo entre o preço e a qualidade da infraestrutura e dos serviços relacionados (Petersen, 2019), sendo que o modelo PPP permite atrair capacidades financeiras e técnicas, em áreas em que o setor público não é tão forte (Martimort & Pouyet, 2008). Por outro lado, Yamout e Jamali (2007) reconhecem que as PPP não são uma solução milagrosa, no contexto dos serviços de infraestruturas urbanas, e que a sua utilidade tem de ser considerada e avaliada caso a caso.

Adicionalmente, Tang et al. (2010) identificaram as vantagens inerentes ao modelo PPP, que incluem: i) o sentido de parceria reforçada entre o setor público e o setor privado; ii) uma melhor gestão do risco; iii) a implementação de políticas governamentais mais claras; iv) a identificação de fatores críticos de sucesso; v) a melhoria da gestão contratual; e vi) as análises financeiras mais apropriadas. Para o parceiro público, as principais vantagens da parceria com o setor privado são a melhoria do desempenho, a relação custo-eficácia (*VfM*), uma melhor prestação de serviços e uma atribuição adequada de riscos e responsabilidades. Já para o parceiro privado, este esforça-se por um melhor potencial de investimento, por obter um lucro razoável e por ter mais oportunidades para expandir os seus interesses comerciais (Ng et al., 2010; Yamout & Jamali, 2007). Todas estas vantagens, são asseguradas quando um projeto PPP tem sucesso, gerando assim um *VfM* para o contribuinte; no entanto, para a obtenção de *VfM* num modelo PPP, este deve compensar o custo mais elevado do financiamento através de uma melhor gestão do risco por parte do setor privado. Embora a teoria nos diga que tal seja possível, há claramente uma necessidade de produção de provas empíricas em apoio a esta análise (Torchia et al., 2015).

Uma das dimensões que terá de ser avaliada está relacionada com a responsabilidade pública do modelo e a sua aplicação às instituições governamentais e privadas. Assim, Forrer et al. (2010) propuseram um quadro analítico que visou avaliar até que ponto, o modelo PPP fornece (ou irá fornecer) bens e serviços de acordo com os objetivos do setor público, relativamente à sua eficácia, eficiência e equidade, medidos em seis dimensões: 1) riscos, 2) custos e benefícios, 3) impactos sociais e políticos, 4) competências, 5) colaboração, e 6) medição de *performance*. Para Forrer et al. (2010) o pensamento estratégico, por parte dos

gestores, acerca dos ganhos líquidos para o parceiro público, obtidos por via da oferta do modelo, e a consideração cuidadosa das seis dimensões da estrutura de responsabilização pública, deve resultar numa estrutura de gestão profissional que garanta a monitorização constante das mesmas durante todo o ciclo vida da parceria, levando, desta forma, a uma estrutura de gestão que reflita uma cultura de responsabilidade pública.

Podemos então concluir que a gestão desempenha um papel crítico na determinação do sucesso ou do fracasso de um projeto PPP, referindo-se a uma dimensão de normas e regras determinadas em conjunto, concebidas para regular e controlar o comportamento individual e do grupo (Xiong et al., 2019). A gestão do modelo PPP consiste em orientar os processos de decisão e de ação nos setores privado, público e social. Normalmente, os projetos PPP têm um quadro teórico e um conjunto de questões-chave que guiam a sua gestão. Da sistematização da literatura foi possível aferir que as questões mais prementes, relacionadas com a gestão do modelo, são a cooperação, a confiança, a comunicação, a capacidade, a repartição e partilha de riscos, a concorrência e, finalmente, a transparência (Xiong et al., 2019). De realçar que a transparência nos projetos PPP é tida como fundamental para o sucesso deste modelo de gestão, sendo a relação entre as partes considerada como um critério-chave na seleção de parceiros, e porque só existindo um total acesso à informação sobre as tarefas de construção e operação, o parceiro público pode monitorizar o desempenho do parceiro privado e proteger assim os valores públicos. Ainda relativamente ao tema das relações entre as partes, Tang et al. (2010) identificaram que a literatura se tem concentrado principalmente na análise dos fatores que facilitam ou inibem a relação entre as partes. Partindo do princípio de que ambas as partes procuram alcançar um acordo justo, os investigadores têm estudado os fatores de sucesso que levam à criação de relações *win-win*², identificando a questão relativa à seleção do contratante (privado) como crucial para a relação entre as partes. Para a escolha dos parceiros adequados por parte do setor público, a literatura sugere a avaliação comparativa das melhores práticas de seleção, mas também a adoção de abordagens inovadoras de seleção de parceiros privados, em que a relação é sempre considerada como um critério-chave (Tang et al., 2010).

Em teoria, o modelo PPP tende a melhorar a transparência, dado que a informação do parceiro privado é revelada aos parceiros públicos, através dos procedimentos concursais e de relatórios ao longo do ciclo de vida da parceria, resultando num pleno acesso do público em geral aos concursos/contratos escritos (Xiong et al., 2019), assim como ao desenvolvimento das atividades contratadas. Contudo, na prática, o parceiro público pode ter dificuldade em supervisionar a implementação de um determinado contrato, por força de

² Uma situação em que todos os participantes beneficiam de uma cooperação, compromisso ou participação em grupo, é uma situação em que a cooperação, compromisso ou participação em grupo leva a que todos os participantes beneficiem (Abramowitz, 2002, p. 102).

uma deficiente metodologia de gestão contratual (Hodge & Greve, 2008), o que resulta numa falta de transparência ‘interna’. Outra questão importante, é o facto de a população não compreender as disposições contratuais, nem a informação orçamental e de desempenho, resultando daí uma fraca transparência ‘externa’ (Xiong et al., 2019). Ou seja, Xiong et al. (2019) sustentam que os casos de aplicação do modelo PPP considerados como ‘insucessos’ apresentam uma falta de transparência do modelo durante as fases de negociação e supervisão, sendo esta uma das problemáticas identificadas e que abordaremos de seguida.

2.2.1. A negociação e a supervisão

A problemática da negociação e supervisão das PPP tem por base o princípio de que eventualmente os governos tornar-se-ão os supervisores dos serviços prestados e não os prestadores desses mesmos serviços; assume ainda, que terá de existir um equilíbrio entre o desejado pelo parceiro público, ou seja, um preço razoável e obtenção de um valor ou benefício marginal e o desejado pelo parceiro privado, ou seja, um perfil de risco/retorno razoável e custos de transação controláveis (Garvin, 2010). Para alcançar este equilíbrio, Garvin (2010) identificou alguns métodos aplicados em vários países (e.g. análises de casos de negócio) que ajudaram a identificar a criação de valor no ciclo de vida dos projetos, bem como estratégias adequadas de negociação de vários temas-chave do modelo PPP. Garvin (2010) releva ainda que a análise aos resultados futuros a serem obtidos pela parceria, permite aos decisores públicos identificarem as necessidades da população e assim definirem e negociarem os indicadores de *performance* para satisfazer esses requisitos.

Os projetos PPP revelaram uma eficácia considerável no fornecimento de novas infraestruturas, sendo certo que esta eficácia estará sempre dependente de uma correta negociação *ex ante* e supervisão *ex post* (Garvin, 2010). Osei-Kyei e Chan (2017) investigaram empiricamente as diferenças e semelhanças quanto às restrições de implementação do modelo PPP nas economias em desenvolvimento e desenvolvidas, concluindo que as restrições relacionadas com a organização e com a negociação de projetos PPP são mais latentes em economias em desenvolvimento. Além disso, o longo atraso na finalização das negociações e o longo atraso devido ao debate político, são aspetos críticos em ambos os casos. Por outro lado, as perceções públicas negativas sobre as PPP são desafiantes, na implementação de projetos PPP, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

Não obstante o exposto anteriormente, não podemos abordar a temática da negociação e supervisão contratual, sem antes entendermos que todo o processo, inerente à criação de uma PPP (ciclo de vida), contempla um conjunto de passos complexos e rigorosos (procedimento concursal), tanto para o parceiro público como para o parceiro privado. O procedimento concursal é dividido nas seguintes fases: a) anúncio das propostas; b) ato

público; c) qualificação; d) seleção das propostas; e) negociação; f) adjudicação; e g) celebração do contrato (Simões, 2004). Outros autores (Grimsey & Lewis, 2007; Santos et al., 2007) argumentam que o ciclo de vida de uma PPP pode ser genericamente caracterizado pelas seguintes etapas:

- ✓ Desenvolvimento
 - Início
 - Definição das necessidades do setor
 - Avaliação
 - Definição do modelo
 - Pré-qualificação
 - Consulta (anúncio público)
 - Propostas
 - Negociação
 - Revisão final do projeto
 - Fecho financeiro
- ✓ Construção
- ✓ Operação e manutenção
 - Operação
 - Transferência
 - Gestão do contrato.

Grimsey e Lewis (2007) sugerem quais são as principais etapas, a definição das principais tarefas e a intervenção do Estado (Tabela 5).

A carga burocrática exigida aos concorrentes privados, durante a fase concursal, incluindo cadernos de encargos rigorosos logo na fase inicial da apresentação de propostas, acarreta custos elevados, não só ao setor privado, como à entidade pública contratante, aumentando também os prazos para avaliação das propostas (Nunes, 2020). Após a avaliação das propostas e emissão de pareceres técnicos, nomeadamente pelo TC, a entidade pública adjudica, ao parceiro privado, a proposta correspondente à *BAFO* (*Best and Final Offer*) apresentada, dando posteriormente lugar à negociação e celebração do respetivo contrato. Ainda antes da celebração do contrato é requerida, ao Ministério das Finanças, uma avaliação prévia das implicações orçamentais imediatas e futuras do projeto PPP (Simões & Marques, 2011).

Tabela 5 – Principais etapas de um contrato PPP

Etapa	Tarefas	Intervenção do Estado
Definição das necessidades	Fixação de resultados, e consideração das infraestruturas de acordo com as necessidades	Cliente; Planeamento
Avaliação	Avaliar as diversas possibilidades de concretização do empreendimento (ex: renovar, construir novo), financiamentos, riscos e outros impactos	Planeamento; Defesa do meio ambiente; Interesse público
Modelo de negócio (<i>business case</i>)	Análises de custo-benefício, quantificação de custos, riscos, proveitos e obtenção de financiamento	Planeamento; Financiamento
Desenvolvimento do Projeto	Formação de equipas executivas, diretivas, auditorias e elaboração do plano do Projeto	Gestão do Projeto
Processo de concurso	Preparação do concurso e avaliação de propostas	Concedente
Revisão final do Projeto	Confirmação do VfM e outros objetivos políticos	Planeamento; Interesse público
Negociação final	Estabelecimento de quadro e equipas de negociação, execução do contrato, fecho financeiro	Concedente; Financiamento
Gestão do Contrato	Transferência das responsabilidades para a equipa de gestão do contrato, formalização das responsabilidades de gestão, entrega do projeto, monitorização dos resultados, defesa da integridade do contrato	Inspeção; Fiscalização; Gestão do contrato

Fonte: Adaptado de Grimsey e Lewis (2007)

A construção de um ativo ou de uma infraestrutura é apenas uma parte de um projeto PPP; no entanto, a totalidade do projeto tende a contemplar a formalização de contratos com uma duração de 20-30 anos (ou mais), pelo que a maioria dos projetos em curso, têm ainda um longo tempo restante de execução. Assim, e para a sustentação dos benefícios obtidos na fase de construção e operação, deverá existir uma gestão ativa e contínua das obrigações contratuais (supervisão). Tendo por base a experiência prática do mercado das PPP, Grimsey e Lewis (2004) concluíram que é crucial não perder de vista o facto de que é o prestador de serviços (parceiro privado) que deve ter um acompanhamento adequado do seu desempenho, nomeadamente no que concerne à gestão da qualidade e dos sistemas de informação de gestão. Assim, o quadro conceptual do projeto PPP deverá fomentar o setor privado a obter incentivos, por via de uma gestão adequada a jusante do projeto. A equipa de gestão contratual (pública), deve simplesmente auditar estes sistemas, recebendo relatórios regulares, dentro de um prazo definido, de acordo com as obrigações inscritas no contrato, complementado pela realização de verificações pontuais aleatórias para assegurar que o desempenho está a ser medido e reportado de forma fiável, precisa e abrangente.

Como podemos perceber, os contratos celebrados, a sua negociação e supervisão desempenham um papel crucial para o sucesso do modelo, sendo importante distinguir os diferentes tipos de contratos PPP. Os contratos PPP podem ser categorizados em dois tipos diferentes: 1) os contratos de concessão, formalizados para projetos financeiramente

autónomos, em que a principal fonte de rendimento do parceiro privado é constituída por taxas de utilização; e 2) contratos de disponibilidade ou Projetos de Iniciativa Financeira Privada (PFI), em que o parceiro privado vende o serviço ao parceiro público (Iossa & Saussier, 2018). O primeiro tipo de contrato é frequentemente referido na literatura como ‘concessão’, e o segundo tipo como ‘contrato de disponibilidade’.

Iossa e Saussier (2018) apresentaram os principais fatores que podem levar ao insucesso das PPP, argumentando que não existe uma receita única que possa simplificar a elaboração de um contrato PPP, para um determinado objetivo e setor, concluindo que na prática o sucesso depende, de forma crítica, dos concursos e dos contratos a serem elaborados e operacionalizados. Assim, os contratos deverão ser implementados de uma forma ótima, do ponto de vista da teoria económica, e este é um fator institucional que muda de país para país, dependendo da responsabilidade e competência do setor público. Até aqui abordámos o ‘contrato’ como um ou vários documentos formais, no entanto não podemos ignorar o facto de existirem sempre contratos informais celebrados entre os parceiros.

Assim, e tendo por base a Teoria das Trocas Sociais, Zhang et al. (2009) argumentaram que os laços anteriores e os valores partilhados entre parceiros estão positivamente relacionados com os resultados da aplicação do modelo PPP, sendo que este efeito positivo ocorre através de contratos formais e informais. Zhang et al. (2009) argumentaram ainda que quanto maiores forem as diferenças de natureza organizacional entre os dois parceiros, mais possibilidades existem de comportamentos oportunistas na parceria. Tendo em conta que o modelo PPP é uma aliança entre dois tipos de organizações muito diferentes, é particularmente importante que cada parceiro esteja atento a qualquer comportamento oportunista perpetrado pelo outro parceiro. As PPP tendem a fazer uso de contratos formais, no sentido de diminuir a probabilidade de se verificarem comportamentos oportunistas entre os parceiros; no entanto, quando se opta por um contrato formal a longo prazo, onde os parceiros baseiam a sua relação simplesmente num documento escrito, ou numa série de documentos, esta opção pode ser problemática porque o aumento da plenitude contratual, ou seja, a tentativa de ter em conta todos os possíveis resultados futuros, pode ser proibitivamente dispendioso (Cruz et al., 2013). Ao optar-se por um contrato formal, o parceiro público está a adotar uma abordagem transacional, não cooperativa, à governação, não conseguindo assim lidar com possíveis adaptações a choques contratuais, sem desencadear revisões formais do contrato (Cruz et al., 2013). Os contratos PPP, bem elaborados, devem conter mecanismos que possibilitem resolver eventos inesperados e lidar com disputas entre as partes sem recorrer a litígios ou renegociações. Assim, Cruz et al. (2013) defendem que, com o objetivo de beneficiar das múltiplas vantagens do modelo PPP, os governos devem assegurar:

1. um financiamento privado parcial ou total das infraestruturas públicas;

2. um acordo a longo prazo, com o objetivo de adotar uma abordagem completa ao ciclo de vida do projeto para a gestão das infraestruturas públicas; e
3. assegurar a correta negociação, incluindo uma transferência de riscos para os parceiros privados, para assegurar o seu compromisso com o projeto.

Cruz et al. (2013) concluíram que, nos projetos PPP, a reputação e a experiência dos parceiros, tanto públicos como privados, bem como o objeto da parceria, são relevantes, contudo, o contrato em si continua a ser o 'ator mais valioso', desempenhando um papel fundamental. Sabendo deste papel fundamental do Contrato, importa enfatizar as principais componentes do contrato PPP, que segundo Fernandez et al. (2016) são as seguintes:

1. *Bundling*: Agrupamento das fases de conceção, construção, financiamento e operação de projetos, em serviços contratados a um consórcio formado por empresas privadas;
2. Transferência do Risco: o governo é responsável pela especificação do serviço e dos padrões básicos desejados, no entanto deixa ao consórcio privado a responsabilidade e o controlo da entrega e do cumprimento dos padrões prévios especificados, transferindo assim os riscos de construção e o risco operacional para o setor privado;
3. Vigência Contratual: O tempo médio de um contrato PPP deverá ter uma vigência de 20 a 35 anos.

Como qualquer outro contrato de prestação de serviços, os contratos PPP contemplam um tipo de pagamento. Estes podem ser efetuados diretamente pelo governo, tal como acontece nos projetos PFI ou diretamente pelo público em geral, como utilizadores de serviços, tal como ocorre por defeito nos contratos de concessão.

Por tudo o exposto anteriormente percebemos que o modelo PPP é um nexo contínuo de contratos, idealmente planeados desde o início da parceria, no entanto, na prática, os mesmos podem estar sujeitos a uma renegociação. A síntese contratual de interesses conflitantes necessita de constante monitorização e equilíbrio (supervisão). Relativamente ao processo de negociação, Marques e Berg (2011) defendem que tal processo envolve negociações entre o parceiro privado e o parceiro público (governo), num ambiente não competitivo (e, de modo geral, não transparente), uma vez que existem diferenças substanciais em matéria de informação, competências jurídicas e apoio técnico, sendo que o setor privado tende a beneficiar durante o decurso de todo o processo negocial. Esta falta de transparência e informação está muitas vezes relacionada com a apresentação de propostas, por parte do parceiro privado, onde se apresenta o plano de negócios e as condições económicas para um determinado concurso. Ora, o que sabemos é que poderão existir, legitimamente, pelo menos três planos de negócios distintos: i) o apresentado em sede de concurso; ii) outro partilhado com os bancos (agentes financiadores); e iii) eventualmente, o

plano real, que mostra (confidencialmente) as verdadeiras margens de lucro e perspectivas de risco/retorno, após o devido desconto de quaisquer acordos com subcontratados (Visconti, 2014).

Hodge e Greve (2008) concluíram que existe um déficit de competências do setor público para uma efetiva gestão e supervisão contratual do modelo PPP, aferindo inúmeras falhas contratuais que poderiam ter escudado o Estado contra alguns dos maus resultados obtidos durante a execução das PPP analisadas pelo autor.

No mesmo sentido, Sarmento e Renneboog (2017) identificaram uma das principais preocupações com as PPP, como sendo o risco de renegociação por força dos chamados ‘eventos de reequilíbrio financeiro’, que tendem a alterar as condições financeiras do contrato, o que pode resultar em encargos superiores para o Estado e mesmo pôr em causa a qualidade do serviço prestado pelo parceiro privado. A suportar esta ideia, não obstante os benefícios e desvantagens do modelo PPP terem sido amplamente descritos na literatura (e.g., Engel et al., 2009; Martins et al., 2011; Truitt & Esler, 1996), o principal problema identificado é a inevitabilidade das renegociações. As renegociações contratuais podem ser atribuídas à dificuldade de prever, com precisão, todos os eventos durante um longo período de tempo, o que, sem surpresa, leva a um desajustamento contratual e também a um comportamento estratégico por parte dos agentes. Esta natureza incompleta dos contratos, face a novos acontecimentos imprevisíveis, torna inevitável a renegociação dos termos do acordo PPP, em que ambos os agentes enfrentam problemas tais como comportamentos oportunistas, assimetria de informação, e negociação bilateral e não competitiva (Cruz & Marques, 2013).

Ora, estas preocupações já se encontram amplamente estudadas, existindo várias medidas que podem ser aplicadas no sentido de as mitigar. Pita Barros e Almeida (2007) defenderam que um contrato PPP deve especificar, de forma clara, quais os eventos que poderão dar lugar a uma renegociação, estabelecer as condições de ambas as partes para suportar tais renegociações e, por último, tratar a renegociação como um facto natural. Adicionalmente, é ainda sugerido que se defina um número máximo de renegociações que cada parte pode solicitar ao longo do ciclo de cinco anos do contrato. Em suma, o contrato deverá ser interpretado de forma clara, no sentido de apenas se iniciar uma renegociação quando for clara a vantagem mútua para a concretizar.

No entanto, as provas empíricas (e.g., Athias & Saussier, 2007; Athias & Nunez, 2009; Brux, 2010; Cruz & Marques, 2013a; Estache et al., 2008; Guasch, 2004; Engel et al., 2009; Marques & Berg, 2010), sustentam que as renegociações, levadas a cabo nos modelos PPP em infraestruturas rodoviárias foram prejudiciais para o interesse público, sendo que a maioria das causas que levaram à renegociação estiveram relacionadas com o fraco desempenho do parceiro público. Este menor desempenho contribuiu para que problemas de assimetria de informação comprometam significativamente o poder de negociação do parceiro público. No

entanto este problema pode ser minimizado com o recurso a uma gestão e regulamentação eficaz dos contratos, o que não se verifica por parte do parceiro público Português, sendo claramente uma das principais armadilhas do programa PPP, tendo consequências negativas e impactos a longo prazo (Cruz et al., 2015).

Outra preocupação, muitas vezes levantada pelos mais céticos a este modelo de gestão, está relacionada com o tempo despendido em disputas legais originadas por via da interpretação do clausulado, na fase de supervisão, do contrato e todos os problemas que daí podem advir, não só financeiros como operacionais. Este argumento pode ser interpretado como uma lacuna nas competências do Estado, na sua estrutura e respetivos conhecimentos técnicos que permitam endereçar esta problemática. Barros (2019) apresentou algumas formas de mitigar a lacuna de competências identificada, por via de um esforço adicional na altura da redação do contrato PPP, através da formalização de um memorando de entendimento sobre a interpretação do clausulado com o objetivo de reduzir futuras disputas, no que concerne ao entendimento jurídico das mesmas. Esta medida isolada apenas mitiga o problema inicial, aquando da elaboração do contrato. No entanto, é crucial que o Estado desenvolva e mantenha capacidades técnicas de gestão dos contratos PPP, podendo recorrer a várias medidas, já sugeridas; entre elas, destaca-se a criação de uma equipa de trabalho, localizada em Ministério específicos, que se dedique, exclusivamente, à análise e acompanhamento dos contratos PPP. Esta equipa seria formada por quadros da Administração Pública, com valências distintas, que garanta, a todo o momento, uma correta tomada de decisão pública.

Adicionalmente, o aperfeiçoamento contratual pode melhorar a flexibilidade, reforçar o *VfM* público com um melhor controlo, definir pagamentos pelo desempenho, definir renegociações em áreas-chave (e.g., tais como testes de mercado atempados para equipamento biomédico), aplicação de penalizações em função do desempenho, e partilha de receitas para além de certos limiares de rentabilidade (Visconti, 2014). Tal como referido por Barros (2019), e igualmente apontado por António (2014), existem algumas ações que o Estado pode tomar que visam colmatar muitos dos aspetos que são criticados e apontados como falhas do modelo; concretamente, a mitigação da ausência de experiência na negociação, a alteração da postura de ‘confiança cega’ na boa-fé do cumprimento contratual, e a lacuna de competências, identificadas acima, para o acompanhamento rigoroso de todo o clausulado contratual. No entanto, sabemos que não existem contratos ‘completos’, existindo sim disposições detalhadas, inspiradas pela experiência, que tendem a proteger o interesse público contra resultados indesejados e falhas do mercado (Visconti, 2014). Contrariando o argumento de Bexel e Morth (2010, p.43), que concebe o papel do Estado como apenas de condução (regulação) e controlo (supervisão) num regime PPP, existem autores (e.g., António, 2014) que traduzem a sua posição crítica face ao modelo PPP com recurso, por exemplo, à

figura jurídica das PPP, considerando-a como uma transição do Estado social (dinâmico, prestador, fornecedor, financiador e empregador) para um Estado ainda social reduzido às funções de regulação, fiscalização e supervisão. Ou seja, para António (2014), o regime de contratação no modelo PPP representa a alteração do modelo preferencial do Estado para contratar e, em simultâneo, para modificar as suas funções inscritas na Constituição da República Portuguesa (CRP). Esta posição do autor fica expressa quando defende que “...a ideia de o privado seguir o interesse público como se do próprio Estado se tratasse levanta-me, portanto, sérias reservas” (António, 2014, p.4).

Ainda no âmbito da gestão contratual, Fernandez et al. (2016) concluíram que um esquema contratual que agregue as empresas responsáveis pela construção e manutenção e pelo funcionamento do projeto, em que o consórcio privado é capaz de internalizar as externalidades do processo de produção, reduzindo assim os custos operacionais, tende a ser mais benéfico quando comparado a um esquema em que as empresas são contratadas separadamente. Este esquema revela-se também mais benéfico se o risco de procura for baixo e o índice de qualidade não for definido de forma clara. Nesse sentido, o parceiro público deve preocupar-se mais com a conceção e implementação de um mecanismo que possa favorecer um melhor acompanhamento do índice de qualidade adequado, dada a relevância desta variável para a prestação de serviços.

Esta estrutura de gestão contratual não pode ser dissociada do enquadramento legal específico de cada país. Assim, Edkins e Smyth (2006) analisaram a temática da contratação legal e relacional como *modus operandi* para o correto desempenho das PPP, fazendo recomendações para melhorar as práticas de contratação e estabelecer as abordagens que funcionam melhor nos modelos de gestão PPP.

No que diz respeito à dimensão relacional, argumentaram que a ‘confiança’ será uma medida chave para estabelecer a execução contratual, através da gestão das relações. Estas deverão ser desenvolvidas primeiramente de forma interna, pois serão as mais críticas, tanto em termos de sistemas como de pessoas, ou seja, as relações entre a organização e o projeto. À medida que a confiança se desenvolve internamente, o mesmo acontecerá com as relações externas. As perceções de uma parte em relação à outra, fornecem provas relativamente à presença de componentes intangíveis de confiança, estabelecendo uma referência mensurável para as relações. Assim, os autores defenderam que esta dinâmica funciona da seguinte forma: a confiança é mediada entre a ‘expectativa – fé’ e a ‘esperança – confiança’, construída sobre resultados bem-sucedidos, daí o desempenho.

Relativamente à dimensão ‘contratação legal’, a mesma é apresentada como sendo guiada pelo ‘espírito’ aplicado pelas partes e pelos termos do contrato. Os termos do contrato fornecem orientações para a sua execução, sendo que uma disputa a este nível tem como consequência a passagem de uma utilização do contrato, como orientação, para a

determinação de aconselhamento jurídico e interpretação, em última análise, através de litígio num tribunal de justiça.

Edkins e Smyth (2006) apresentaram um modelo contínuo relativo ao desempenho 'relacional' vs 'legal' de contratação, desde a indução intangível até à determinação tangível. No lado relacional do modelo, a confiança está localizada mais perto do ponto central ou neutro, e do lado 'legal' do modelo está a responsabilidade. A responsabilização sugere que as relações fornecem provas insuficientes e que devem ser exigidas provas consideráveis e mensuráveis para assegurar ou estarem garantidas as condições para um desempenho satisfatório. Edkins e Smyth (2006) concluíram que a contratação relacional se tem desenvolvido, mas é frágil nas organizações do setor privado, estando demasiado dependente de comportamentos individuais em vez de investimento e desenvolvimento a nível organizacional, no sentido de incorporar princípios de gestão relacional. Em todos os casos, há uma tendência a longo prazo para voltar à 'contratação legal' tradicional, impulsionada pelo parceiro público. Os autores indicam várias recomendações práticas, que resultam da sua investigação, nomeadamente:

1. Os contratos baseados na tipologia DBFO parecem ser mais adequados para a aplicação da contratação em regime PPP.
2. A confiança cresce a partir das circunstâncias e situações que os indivíduos experimentam.
3. Os parceiros públicos desenvolveram processos para orientar a implementação de projetos PPP, tendo em conta experiências passadas, nomeadamente quanto à forma como os contratos de PPP devem ser implementados. No entanto não conseguiram complementar estes processos com qualquer orientação sobre o comportamento de apoio à 'contratação relacional' e parecem ter ignorado qualquer necessidade de investir em princípios de gestão, tais como a gestão de relações, para assegurar que a política de PPP seja implementada de forma consistente a nível central.

Não obstante, em 2005, ter existido uma tentativa de estabelecer centros de especialização em PPP, em ministérios setoriais, com a criação de unidades PPP departamentais encarregadas de desenvolver programas PPP específicos (Monteiro, 2005) e apesar deste recurso sistemático a modelos PPP, Portugal é um dos poucos países que ainda não tem uma agência de PPP que acompanhe os contratos PPP, desde a contratualização até à exploração, e que faça uma gestão rigorosa dos encargos com esses contratos (DGTF, 2012).

Ora, como vimos, a problemática da negociação e supervisão contratual encerram alguns problemas e revelam algumas lacunas, por parte do parceiro público, que deverão ser endereçadas por forma a garantir uma correta gestão do ciclo de vida do contrato PPP, incluindo uma correta alocação do risco mediante a tipologia adotada.

2.2.2. As tipologias do modelo PPP

Optar por um modelo de gestão em regime PPP implica a correta aplicação de um modelo de *procurement*, assim, Moralos e Amekudzi (2008) identificam as quatro fases do processo de *procurement*, quando consideramos a aplicação de uma PPP:

- ✓ Fase 1 – Avaliação inicial de viabilidade, onde se determina se o projeto em apreciação é economicamente viável e se é passível de ser atribuído a um parceiro privado.
- ✓ Fase 2 – Onde são apresentadas as licitações por parte dos parceiros privados, chamada fase de compra.
- ✓ Fase 3 – Construção da infraestrutura, onde o parceiro privado escolhido, financia e constrói a infraestrutura de acordo com o projeto aprovado na fase 2.
- ✓ Fase 4 – Operação da infraestrutura por parte do parceiro privado, geralmente, no caso de uma PPP na área da saúde, por um período de 10 anos.

Esta ideia é suportada por Sarmiento e Renneboog (2017), que argumentam que o ciclo de vida de um projeto PPP, para o desenvolvimento e gestão de uma infraestrutura e consequente disponibilização aos utilizadores, contempla cinco fases distintas, iniciando-se com a 'Identificação da Necessidade', o 'Desenho do Projeto', a 'Construção', a 'Operação', e a 'Manutenção'. Se considerarmos um modelo de contratação exclusivamente público, as fases de Desenho, Construção, Operação e Manutenção implicam um financiamento tendo por base o orçamento do Estado e a assunção dos riscos também exclusivamente pelo Estado, ou seja, pelos contribuintes.

A escolha do responsável, perante cada uma das fases identificadas anteriormente, está também relacionada com a estrutura de riscos do modelo PPP. Que riscos são transferidos do público para o parceiro privado e de que forma são partilhados, maximizando o valor para o setor público? É da escolha do grau de participação e das fases do projeto PPP pela qual o privado é responsável que se chega às tipologias de implementação.

Cabral (2009) apresenta uma súmula de algumas das tipologias PPP, destacando as tipologias DBO, DBOO, BOT, BTO e DBFO (Figura 2).

Figura 2 – Tipologias do modelo PPP

Tipologias - PPP	Acrónimo
<i>Design-Build-Operate</i>	DBO
<i>Buy-Build-Own-Operate</i>	DBOO
<i>Build-Operate-Transfer</i>	BOT
<i>Build-Transfer-Operate</i>	BTO
<i>Design-Build-Finance-Operate</i>	DBFO

Fonte: Adaptado de Cabral (2009)

Na tipologia *Design-Build-Operate* (DBO), o parceiro privado desenha, constrói e presta o serviço em nome do setor público. Neste caso a propriedade da infraestrutura é do Estado que concede o direito de usufruto ao privado sob determinadas condições previstas contratualmente.

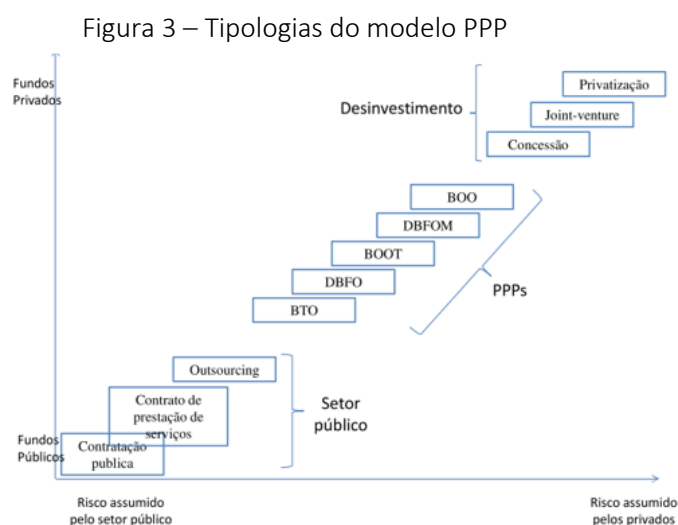
Na tipologia *Buy-Build-Own-Operate* (BBOO), o setor privado compra ao público uma dada infraestrutura existente, ficando responsável pela sua manutenção, seja renovação, modernização, expansão e garante a sua exploração sem existir uma obrigatoriedade de devolução da propriedade ao parceiro público.

A tipologia *Build-Operate-Transfer* (BOT) consiste na construção por parte do parceiro privado de uma dada infraestrutura e na sua operação. Nesta tipologia, findo o contrato, a infraestrutura passa para as mãos do Estado ou o setor público procede ao arrendamento da infraestrutura ao parceiro privado.

A tipologia *Build-Transfer-Operate* (BTO) difere da tipologia BOT na medida em que a propriedade da infraestrutura é transferida para a esfera pública após a sua construção, sendo que posteriormente, o estado pode arrendá-la ao parceiro privado que a opera numa lógica de *franchise* (Queiroz, 2007).

Por último, a tipologia *Design-Build-Finance-Operate* (DBFO), de acordo com o FMI (2004), consiste no desenho, construção e operação da infraestrutura, permanecendo a propriedade da infraestrutura sempre nas mãos do setor público (Cabral, 2009; Yang et al., 2010).

Também Sarmiento e Renneboog (2017) apresentam algumas das tipologias do modelo PPP, que têm como objetivo transferir o risco total ou parcialmente para o parceiro privado. Assim, concluímos que as PPP representam uma alternativa de assunção de riscos, podendo assumir ainda outras tipologias (Figura 3), aumentando ou diminuindo o risco e o envolvimento do setor privado (Sarmiento & Renneboog, 2017).



Fonte: Adaptado de Sarmiento e Renneboog (2017)

Já analisámos anteriormente as tipologias BTO e as diferenças para a tipologia BOT, e a tipologia DBFO. Assim importa referir que a outra das tipologias identificada por Sarmento e Renneboog (2017) é a *Build-Own-Operate-Transfer* (BOOT) na qual o sector privado constrói e é proprietário da infraestrutura durante a vigência do contrato, com o objetivo de recuperar os custos de construção durante a fase de operação. No final do contrato, as instalações são devolvidas ao setor público. Esta tipologia é adequada quando o Estado tem um grande défice de financiamento de infraestruturas, uma vez que o capital próprio e o risco comercial são alocados ao sector privado, durante a vigência do contrato.

A tipologia *Build-Own-Operate* (BOO) tem uma estrutura semelhante à BOOT, no entanto a infraestrutura não é transferida para o parceiro do sector público. Finalmente a tipologia *Design-Build-Finance-Operate-Manage* (DBFOM), que é semelhante às tipologias BOOT e DBFO, onde o parceiro privado projeta, constrói, financia, opera uma dada infraestrutura, arrendando-a de volta ao Estado, normalmente durante um período de 25 - 30 anos. Esta tipologia é mais utilizada no Reino Unido onde impera o modelo denominado *Private Finance Initiative* (PFI). A iniciativa PFI foi lançada em 1992, pelo então Ministro do Tesouro britânico (Norman Lamont), nascendo da necessidade de voltar a investir nas infraestruturas públicas, mantendo as finanças sob controlo e estimulando o crescimento económico. A iniciativa tem prevalecido, mantendo-se ativa ao longo dos tempos, resistindo às flutuações políticas. Além disso, em 1992, era vigente uma ideologia política que pretendia envolver o setor privado nas questões públicas (Partnerships UK, 2011). Adicionalmente, a Tabela 6 apresenta as tipologias do modelo PPP apresentadas por Sarmento e Renneboog (2017), com a divisão de responsabilidades entre os setores público e privado por fase da PPP.

Tabela 6 – Tipologias e fases do modelo PPP

Tipologia PPP	Projeto	Construção	Financiamento	Ativos	Operação	Valor Residual
<i>BTO (Build, Transfer and Operate)</i>	Público	Privado	Público	Público	Privado	Privado
<i>DBFO (Design, Build, Finance and Operate)</i>	Privado	Privado	Privado	Público	Privado	Público
<i>BOOT (Build, Own, Operate and Transfer)</i>	Público	Privado	Público	Privado	Privado	Privado
<i>DBFOM (Design, Build, Finance, Operate and Manage)</i>	Privado	Privado	Privado	Público	Privado	Público
<i>BOO (Build, Own, Operate)</i>	Público	Privado	Público	Privado	Privado	Público

Fonte: Adaptado de Sarmento e Renneboog (2017)

Independentemente da tipologia PPP adotada, de acordo com Grimsey e Lewis (2004), os principais ingredientes-chave, envolvidos no desenvolvimento de um projeto PPP são:

1. Foco na definição dos serviços, com especial ênfase na prestação de serviços utilizando infraestruturas públicas novas ou renovadas;
2. Planeamento e especificação, para que os resultados previstos pelo parceiro público (governo) e as especificações dos resultados sejam claros para o mercado;

3. Criação de um *business case* viável para o parceiro privado;
4. Clareza nos processos, assegurando que quaisquer condições a cumprir são claramente entendidas, por ambas as partes, antes do arranque do projeto;
5. Assegurar os recursos afetos ao projeto, no sentido de permitir ao parceiro público fazer avançar o projeto e tratar as questões em conformidade com os prazos publicados;
6. Requisitos contratuais claros, centrados nas principais especificações de desempenho, para promover o desempenho e minimizar litígios;
7. Formação de uma parceria que encoraje a boa-fé e a boa vontade entre o parceiro público e a parte privada em todas as negociações do projeto;
8. Gestão contratual profissional com o objetivo de controlar e implementar o clausulado acordado.

A opção por uma determinada tipologia PPP está diretamente relacionada com os problemas identificados no modelo de contratação exclusivamente público, onde impera um histórico de atrasos e sobrecustos e, ainda, a existência de problemas de base, entre eles a ausência de orçamentos de longo prazo, a falta de incentivos à mudança e, finalmente, as dificuldades de responsabilização (KPMG, 2020).

Por tudo o que já vimos, independentemente da tipologia PPP adotada, é notória a necessidade de reforço das competências de gestão contratual por parte do setor público, tendo em vista a premente passagem de Governo-Fornecedor para Governo-Gestor. A envolvente política e social é amplamente referida na literatura (e.g., Sarmento & Renneboog, 2017; Yang et al., 2010), como fatores de sucesso, tendo sempre de prevalecer a confiança entre as duas partes. A tipologia DBFO parece ser a mais indicada para a aplicação do modelo PPP, não obstante da tipologia BOT ter demonstrando eficiências operacionais na construção de novas infraestruturas (Yang et al., 2010). A vontade política e o quadro legal são aspetos chave para a correta implementação do modelo, sem esquecer a clara demonstração de benefícios económicos e sociais à sociedade.

Tendo em conta o exposto anteriormente, sabemos que num modelo de contratação tradicional (exclusivamente público), o setor público é responsável por gerir os riscos durante todo o ciclo de vida da gestão de uma determinada infraestrutura, sendo igualmente responsável por inspecionar os trabalhos, assumindo a responsabilidade da infraestrutura após a execução dos mesmos. Por outro lado, num modelo PPP, as diversas tipologias permitem a transferência de riscos para o setor privado, levando à problemática da alocação do risco.

2.2.3. A alocação do risco

Para além de fornecer um veículo que permite ao setor público contratar competências de gestão e adquirir financiamentos externos, um benefício fundamental associado ao modelo PPP é a criação de mecanismos de alocação de riscos à parte contratual mais capaz de os mitigar ou de os suportar (Grimsey & Lewis, 2005). A literatura económica (e.g., Grimsey & Lewis, 2004; Iossa & Saussier, 2018; Marques & Berg, 2011) sugere que a lógica do modelo PPP reside no efeito de incentivo, produzido pelo agrupamento (*bundling*) das tarefas de conceção, construção, operação e financiamento num único contrato a celebrar com um consórcio privado, desde que esse contrato seja acompanhado pela transferência de riscos para o consórcio privado (Albalade et al., 2017).

No que concerne à sistematização da temática relacionada com a alocação e partilha dos riscos, que representa uma das problemáticas do modelo PPP, a literatura (e.g., Tang et al., 2010; Xiong et al., 2019) diz-nos que o parceiro público deverá assumir a maioria dos riscos políticos, por exemplo, a incerteza política governamental e as expropriações³, assim como os legais, tais como as alterações na lei e regulamentação. Por outro lado, o setor privado deverá ser o único a reter a maioria dos riscos financeiros, tais como o risco de inflação, o risco de juros e os riscos relacionados com o funcionamento, ou seja, os riscos técnicos e de gestão. Por último, o parceiro público e o parceiro privado devem partilhar a maioria dos riscos de mercado, como sejam os riscos de procura e oferta de mercado (Tang et al., 2010; Xiong et al., 2019).

Ainda no que diz respeito aos riscos, Marques e Berg (2011) estudaram de que forma a alocação dos riscos é refletida nos contratos celebrados aquando da formalização de uma PPP, argumentando que os contratos que não abordam os riscos de uma forma abrangente, tendem a aumentar os custos relativos aos serviços. Como já constatado, Marques e Berg (2011) argumentaram que uma alocação defeituosa dos riscos pode levar a uma renegociação contratual, sendo que o setor privado tende a beneficiar com este tipo de renegociações. Os mesmos autores argumentaram que a alocação dos riscos é geralmente tida em conta de uma forma deficiente, sendo uma das principais razões para o fracasso dos contratos, tanto por via da renegociação ou da rescisão antecipada.

Na mesma linha de raciocínio, no âmbito das preocupações e riscos do modelo PPP, Iossa e Saussier (2018) estudaram o potencial do modelo PPP, bem como os principais fatores que influenciam uma possível falha no desempenho do projeto. Iossa e Saussier (2018) identificaram que o risco operacional não é muitas das vezes transferido de forma apropriada, sendo que esta lacuna na transferência do risco, deve-se ao oportunismo político, à incompetência, ou às dificuldades contratuais.

³ Desapossar alguém da sua propriedade ou de parte dela, geralmente devido a alegada utilidade pública, pagando-lhe um preço estipulado (e.g., expropriação de terrenos para a construção de uma infraestrutura).

Como vimos anteriormente, o sucesso das parcerias, entre entidades públicas e privadas, exige que os riscos sejam atribuídos à parte contratual mais capaz de os mitigar ou suportar, sob pena de os contratos, que não abordam o risco de uma forma abrangente, aumentarem os custos inerentes aos serviços de infraestruturas (e.g., Crampes & Estache, 1998; Marques & Berg, 2011; Murphy, 2008; Visconti, 2014).

Particularmente, no âmbito da saúde, Kwak, et al. (2009) e Kosycarz et al. (2019) defenderam que, quando corretamente formuladas e geridas, as PPP podem proporcionar uma série de benefícios ao setor da saúde pública, sendo que duas das mais importantes parecem ser a redução da carga financeira do setor público para o desenvolvimento de infraestruturas e a partilha de riscos entre parceiros. Jin e Doloi (2008) argumentaram que, historicamente, tem havido uma perceção de que a privatização poderia transferir todos os riscos para o setor privado. No entanto, o oportunismo político, os choques cambiais e outros acontecimentos imprevisíveis provaram que tal não é possível. Partindo do princípio que a transferência ou alocação do risco só aumenta o *VfM* se o preço cobrado pelo parceiro privado, para gerir o risco, for inferior ao custo pago pelo parceiro público (De Marco & Mangano, 2013), existe um consenso na literatura sobre a poupança económica resultante de uma melhor afetação dos riscos (Haarmeyer & Moody, 1998). Os riscos não desaparecem aplicando modelos de contratação públicos – são apenas transmitidos aos contribuintes, quando não são atenuados e/ou mitigados. Assim, mesmo com um custo de financiamento adicional e um risco de prémio realista para assumir riscos específicos, o resultado do custo total poderá ser inferior nos modelos PPP, quando comparado com os modelos públicos convencionais (Marques & Berg, 2011).

Tendo em conta o exposto, concluímos que a alocação eficaz de riscos é, portanto, desafiadora e exigente, conforme argumentam Jin e Zhang (2011) e Khadaroo (2008) nos seus estudos, onde salientaram a importância da transferência de risco e ilustraram a utilização de parâmetros para quantificar fatores qualitativos, mesmo que a avaliação do *VfM* possa ser dificultada pela falta de transparência.

No regime jurídico Português, a transferência de risco está consagrada no DL 111/2012, nomeadamente no Artigo 2.º, n.º 1: “risco de financiamento e exploração total ou parcialmente transferido para o privado” e Artigo 7.º, n.º 1, alínea b): “o estabelecimento da parceria deve importar uma significativa e efetiva transferência de risco para o privado”. Mas como é que a transferência de riscos fomenta uma possível redução de custos numa PPP? Em termos económicos, uma das características que pode tornar o modelo PPP mais eficiente, no que diz respeito aos custos, quando comparando com o modelo público, é a transferência do risco para o parceiro privado (Grout, 1997, 2003, 2005).

Esta transferência efetiva do risco leva ao tratamento mais explícito do mesmo, aumentando a motivação do parceiro privado para modelos de produção e de custos mais

eficientes. Por exemplo, o parceiro privado projetará e construirá uma infraestrutura de qualidade superior se este for responsável pela operação e manutenção da infraestrutura durante os próximos 25 anos (Dalton-Jez et al., 2012). Esta mais-valia das PPP tem uma interpretação direta pois, no setor público, o risco é transferido para os contribuintes, logo, o custo do capital é mais baixo do que no setor privado (Bexel & Morth, 2010; Sarmento, 2010). No entanto, transferir mais riscos para o parceiro privado não significa, necessariamente, a solução mais eficiente ou geradora de mais *VfM*, podendo mesmo significar o aumento do custo do procedimento (Almeida, 2020). Assim, as principais estratégias que visam uma alocação eficaz dos riscos, são as seguintes:

1. Assegurar que o parceiro que lida com um risco específico é um especialista nessa área.
2. Assegurar a correta partilha dos riscos.
3. Formalização de acordos claros e seguros.
4. Assegurar que a construção, manutenção e gestão correspondem a padrões de elevada qualidade, reduzindo assim substancialmente os riscos e custos relacionados (Visconti, 2014).

Por outro lado, Cabral (2009) e António (2014) apontaram como principal crítica ao modelo PPP, no âmbito puramente económico, o elevado custo unitário do financiamento bancário privado que, tendencialmente, será mais elevado quando comparado com o custo do financiamento puramente público; isto porque o risco soberano paga-se nos mercados a uma taxa de juro mais baixa quando comparado com os mercados privados.

Almeida (2020) identificou as várias tipologias de riscos, que variam consoante a natureza do contrato a celebrar entre as partes (e.g., riscos de disponibilidade e operação, riscos de procura, riscos de tarifários, riscos tecnológicos, riscos de financiamento, riscos jurídicos e legislativos, riscos fiscais, riscos arqueológicos, riscos ambientais). O mesmo autor defendeu que os riscos devem ser alocados ao parceiro que evidencie melhor capacidade de os gerir, que disponha de instrumentos mais adequados para os mitigar e, finalmente, que disponha do poder de decisão para influenciar o controlo dos riscos em causa. Também o FMI (2004) propõe uma classificação do tipo de riscos nas PPP (Tabela 7).

Almeida (2020) identificou também riscos que, pelos custos que podem envolver, não devem ser transferidos para o parceiro privado, entre eles o risco de situações de força maior, resgate antecipado do contrato e alterações legislativas de carácter específico. Assim, a Tabela 8 resume os principais erros cometidos aquando da repartição de riscos nos projetos PPP.

Tabela 7 – Classificação dos Riscos

Classificação dos Riscos associados às PPP				
Risco de Construção	Risco Financeiro	Risco de <i>Performance</i>	Risco de Procura	Risco Residual
Risco na Construção	Variações em fatores que afetam os custos de financiamento	Disponibilidade do ativo	Necessidade contínua de serviços	Preço futuro do ativo no mercado
Problemas no design		Manutenção da qualidade na prestação		
Atrasos no Projeto				
Custos de Construção				

Fonte: Adaptado de FMI (2004)

Tabela 8 – Repartição de Riscos

Erros comuns - Repartição dos riscos	
1	Afetação ao Parceiro Privado de riscos que este tem muita dificuldade em controlar, que tenderão a aumentar excessivamente o preço do procedimento.
2	Afetação ao Parceiro Privado de riscos sem a adequada explicitação no clausulado contratual.
3	Lançamento de procedimentos sem previamente se acautelar o processo de obtenção dos licenciamentos exigidos.
4	Cadernos de Encargos elaborados sem uma clara matriz de afetação de riscos.
5	Desconsiderar na análise de viabilidade económica e financeira do projeto a respetiva matriz de riscos e a sua afetação a cada uma das partes, com quantificação dos custos associados aos riscos assumidos.
6	Desconsiderar no Comparador do Setor Público (CSP) os riscos que irão ser afetos ao Parceiro Privado.
7	Lançar procedimentos sem previamente se avaliarem todas as tipologias de riscos que irão ser assumidas pelo setor público, incluindo as que decorrem de modificações unilaterais do contrato por parte do parceiro público.

Fonte: Adaptado de Almeida (2020)

O risco é uma questão complexa e central, a ser analisada a partir das diferentes perspetivas de ambos os parceiros. O parceiro público deverá analisar de forma exaustiva os riscos *ex ante*, tais como as comparações de *VfM*, escolhas técnicas como a seleção da localização e planeamento e controlo. Deverá também analisar os riscos *ex post*, ou seja, durante a fase de gestão, a qualidade e custos, sendo o risco principal do mercado (procura de serviços) inteiramente suportado pelo setor público. Para o parceiro privado, a questão central está relacionada com a complexidade em aferir o risco de rentabilidade para os detentores de capital, depois de ter prestado o serviço adequado da dívida (Visconti, 2014).

A literatura fornece recomendações para melhorar o processo de gestão de risco do modelo PPP, nomeadamente (Akintoye et al., 2003):

1. Uma melhoria dos conhecimentos especializados dos clientes públicos;
2. Uma maior uniformização da avaliação e gestão dos riscos e
3. Desenvolvimento de uma base de dados para registos históricos.

Não obstante uma correta alocação dos riscos, quando o parceiro privado aceita a responsabilidade por uma parte substancial dos mesmos, então isso pode implicar o

pagamento, por parte do parceiro público, de uma Taxa Unitária (TU) mensal ou anual, que é determinada com base nos riscos estimados e no capital projetado, assim como no financiamento e custos operacionais. A TU é o rendimento pago pelo parceiro público para compensar os privados, tanto pelo investimento de capital feito para o desenvolvimento/construção das infraestruturas, como pelas despesas de operação e manutenção incorridas durante o período de concessão para a prestação de serviços de gestão de instalações e serviços auxiliares (Hellowell & Pollock 2009). A forma de compensação de um investimento, via TU, aplica-se a uma variedade de projetos de infraestruturas PPP, sendo em particular, amplamente utilizada em projetos hospitalares em todo o mundo (De Marco & Mangano, 2013). Como já vimos, o modelo PPP só deve ser utilizado quando é entregue mais *VfM* do que no modelo tradicional assente no financiamento pelo setor público (Carrillo et al., 2006). Assim, a análise *VfM*, que abordaremos em detalhe na secção 2.3.1, deve preocupar-se com a estimativa do risco total e a partilha associada entre as partes do contrato (Heald, 2003).

Não obstante concluirmos que têm sido estudadas características específicas do modelo PPP, nomeadamente a alocação dos riscos e as relações entre as partes por força da negociação e supervisão contratual, a literatura atual indica vários caminhos relativos ao futuro da investigação do modelo PPP, por exemplo através da realização de investigação adicional no sentido de se desenvolverem formas mais eficazes de gerir a relação entre o setor público e o setor privado (Tang et al., 2010). Assim, e como vimos anteriormente, após a conclusão de que um projeto PPP gera *VfM*, e concluída a fase de negociação, incluindo a alocação de riscos e supervisão contratual, é crucial a aferição dos resultados obtidos por via da adoção do modelo PPP.

2.3. O desempenho do modelo PPP

No que diz respeito à forma de medir o desempenho do modelo PPP, a literatura (e.g., Petersen, 2019) sistematiza as três categorias que devem ser medidas aquando da implementação e operacionalização de projetos PPP:

- **Custos** – refere-se a custos operacionais, custos de capital ou custos totais do ciclo de vida do projeto;
- **Qualidade** – refere-se à qualidade da infraestrutura, por exemplo, em termos de utilização funcional ou qualidade percebida pelos utilizadores, e, finalmente
- ***Vfm*** – refere-se a fornecer bens públicos em quantidade e qualidade suficientes, melhorar a eficiência e a relação custo-benefício, cumprindo os objetivos sociais a que se propôs.

No que diz respeito à dimensão ‘Custo’, Petersen (2019) concluiu que nove projetos analisados no seu estudo, desenvolvidos em regime PPP, resultaram num custo mais elevado, quando comparados com a contratação pública convencional. Três projetos resultaram em

custos mais baixos e finalmente outros três projetos apresentaram resultados dúbios. Estas conclusões levaram o autor a questionar a retórica dos defensores do modelo PPP, que identificam o modelo como um mecanismo para obter maior eficiência de custos e menores custos durante o ciclo de vida dos projetos de construção de infraestruturas.

A dimensão 'Qualidade' apresenta também resultados mistos, onde se verificam projetos PPP com desempenho superior e outros com desempenho inferior, quando comparadas com as aquisições públicas tradicionais Petersen (2019). No entanto, 18 dos 21 projetos analisados por Petersen (2019), não avaliam a qualidade do serviço, o que dificultou a retirada de conclusões sólidas.

Relativamente à dimensão '*Value for Money*', o mesmo poderá ser feito recorrendo a três abordagens distintas: 1) avaliação *ex ante* do modelo PPP vs Caso comercial; 2) avaliação da PPP vs Comparador do Setor Público (CSP) e 3) avaliação da PPP em relação a valores de referência (reais) de projetos semelhantes. Não obstante, o consenso na literatura quanto à aplicabilidade destas três abordagens de avaliação do *VfM*, o mesmo já não se aplica quanto aos resultados obtidos por cada uma delas.

Tendo em conta as vantagens e desvantagens que cada abordagem de avaliação apresenta, a abordagem baseada na avaliação do modelo PPP em relação a valores de referência de projetos é tida como preferencial, face às duas primeiras abordagens (Petersen, 2019). De acordo com o estudo de Petersen (2019), em comparação com a alternativa de aquisição convencional, as conclusões obtidas foram novamente mistas, com dois projetos a indicarem para um *VfM* superior nas PPP e dois estudos a indicarem o oposto. Assim, Petersen (2019) argumentou que a evidência empírica não apoia a expectativa teórica sobre a poupança de custos, resultante da integração de tarefas e da perícia do setor privado, como argumentam os proponentes das PPP.

Tendo em linha de conta os fatores de sucesso e as preocupações das partes interessadas, Ng et al. (2010) indicaram que os aspetos técnicos e sociais são fundamentais para assegurar a viabilidade dos projetos PPP e, por conseguinte, são os fatores determinantes para um bom desempenho e consequentemente para o seu sucesso. Importa referir que a compilação de indicadores de desempenho é um passo crítico na realização de um estudo de viabilidade para projetos PPP, e os fatores críticos de sucesso podem servir como fatores determinantes para a avaliação de viabilidade das PPP (Ng et al., 2010). Estes fatores de avaliação podem ser classificados em cinco categorias:

1. **Fatores Técnicos** – O modelo PPP não será considerado como uma opção atrativa ou viável se os requisitos e tecnologias mudarem continuamente durante a duração prevista do projeto;
2. **Fatores Financeiros e económicos** – Para que a parceria seja atrativa para os investidores, um projeto PPP deve ser autossustentável, financeiramente viável e

rentável, o que, por sua vez, depende em grande medida do ambiente económico, da política governamental e da inflexibilidade da concorrência;

3. **Fatores Sociais** – A aceitação social é indispensável na sociedade atual; assim, o governo nunca deverá optar por um modelo PPP, para melhorar as instalações ou a prestação de serviços, sem satisfazer as exigências e expectativas da população. Ng et al. (2010) argumentam que os cidadãos são mais cautelosos, quanto à qualidade do serviço e encargos incorridos, quando as instalações ou serviços são entregues através do modelo PPP;
4. **Fatores Políticos e jurídicos** – A falta de apoio político é considerada como um potencial obstáculo aos projetos de PPP; assim, um modelo PPP pode ser recusado se for considerado como politicamente sensível. Quaisquer alterações no ambiente político ou desvios no quadro jurídico, aumentam as incertezas e aumentam o risco de fracasso de um projeto PPP;
5. **Outros Fatores** – Questões de recursos humanos e ações de gestão do governo.

Importa referir que já em 1989 encontramos publicações que analisam os instrumentos de gestão e a sua aplicabilidade (e.g., Linder & Peters, 1989). Este autor concentrou-se na forma como os instrumentos de gestão são vistos pelos responsáveis pelo processo decisório de escolha, dentro e fora do governo e mais especificamente, nos critérios utilizados para julgar a adequação dos instrumentos para a resolução de problemas políticos. O autor argumentou que os decisores públicos podem tomar as suas decisões, sobre quais os instrumentos a utilizar, tendo por base a tradição, intuição, ideologia ou mera familiaridade com os mesmos. Linder e Peters (1989) concluiu que determinado instrumento que foi mal concebido e aplicado num determinado caso, pode ser valioso como prelúdio para um inquérito mais aprofundado sobre outros substitutos. No entanto, por si só, tal conclusão revela pouco das considerações antecedentes que levaram à escolha de um instrumento em primeiro lugar.

Tendo em conta as condicionantes reveladas anteriormente, no que à escolha de instrumentos de políticos/gestão por parte dos Governos diz respeito, importa salientar que entre os estímulos que as organizações (públicas ou privadas) enfrentam, encontram-se a necessidade de mudança na criação e modificação de produtos ou serviços, a adaptação às novas tecnologias, ou a melhoria das já existentes, a mudança na estratégia ou na cultura organizacional e a introdução de novos modelos de gestão e processos (Matos & Nunes 2016). A suportar esta ideia, Carvalho (2009) argumenta que o papel da gestão é crucial nos três setores de atividade: público, privado e terceiro setor, sendo certo que em qualquer um dos setores é necessário definir estratégias e metas a atingir, desenvolver pessoas, medir o desempenho e colocar no mercado os bens e/ou serviços de uma dada organização. Não obstante os estímulos referidos anteriormente, durante várias décadas verificou-se uma total

ausência de inovação ou de novas estratégias de gestão na Administração Pública Portuguesa, resultando num subdesenvolvimento de vários setores, entre eles o da saúde, o que levou a uma rotura financeira e consequentemente a uma insustentabilidade de vários setores (Campos, 2008). Este caminho levou à premente necessidade de evolução da Administração Pública, promoveu a inovação dos processos das organizações públicas, entre eles os processos de medição do desempenho, tendo em conta que cabe a cada organização (pública ou privada), (1) enfrentar os novos desafios que se coloca; e (2) encontrar novas práticas, modelos de gestão e instrumentos e/ou ferramentas que as tornem efetivamente mais competitivas com o objetivo de fazer frente às exigências e mudanças resultantes de um mundo cada vez mais desenvolvido (Matos & Nunes, 2019).

Em simultâneo, com a premente necessidade de evolução da Administração Pública, as novas exigências mundiais e a crescente necessidade global de construir/recuperar infraestruturas (*infrastructure gap*) tem pressionado os governos a optarem por recorrer a parceiros privados no sentido de reduzirem as verbas inscritas nos respetivos Orçamentos de Estado (OE), conseguindo simultaneamente responder às crescentes necessidades de investimento (Caselli et al., 2015). Esta necessidade de resposta às necessidades de investimento em infraestruturas, com recurso a parceiros privados, não pode ocorrer sem um desenvolvimento eficiente de metodologias de medição de desempenho como o apuramento de VfM.

2.3.1. A avaliação do *Value for Money* (VfM)

No modelo PPP, o parceiro público cinge-se à delimitação, caracterização e quantificação das necessidades públicas essenciais, ou seja, define os requisitos, contratando os serviços por via de uma parceria privada com o objetivo de maximizar o VfM, minimizando o risco para o setor público sem deixar de exercer um controlo efetivo sobre a prestação dos serviços. Assim, existe uma corresponsabilização do prestador privado no sucesso do projeto durante todo o ciclo de vida do contrato, respondendo pela economia, eficiência, eficácia e impacto económico da totalidade do projeto na satisfação das necessidades públicas na partilha do risco com o setor público (Cabral, 2009; Visconti, 2014). Partindo desta ideia, de que a adoção de um modelo de contratação pressupõe a demonstração de que é o mais benéfico para o Estado, a UTAP procede ao cálculo dos encargos a incorrer pelo parceiro público no caso de exploração direta pelo parceiro público ou de recurso à chamada ‘contratação tradicional’.

Mas como podemos medir o VfM? De acordo com o *Her Majesty's Treasury* HMT (2007), o VfM é a combinação ideal entre os custos do ciclo de vida de um dado projeto e a qualidade do bem ou serviço que visa satisfazer os requisitos dos utilizadores, sendo esta definida como a combinação ótima de custos de todo o ciclo de vida, riscos, tempo de conclusão e qualidade, a fim de satisfazer os requisitos públicos (Grimsey & Lewis, 2005).

Assim, o necessário para se alcançar uma boa relação custo-benefício, ou seja, *VfM*, pode ser sistematizado da seguinte forma:

1. Aplicação rigorosa de técnicas de avaliação económica, incluindo uma apreciação adequada do risco, e que o risco seja repartido entre os setores público e privado de modo a que a relação custo-benefício esperada seja maximizada.
2. As comparações entre as opções de financiamento público e privado sejam justas, realistas e abrangentes (Grimsey & Lewis, 2005).

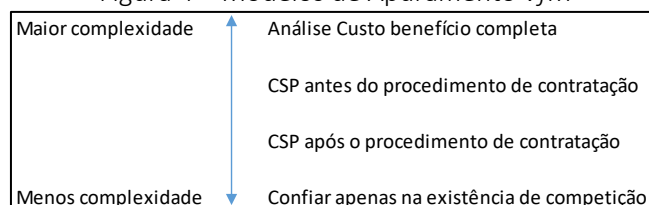
O *VfM* permite o apoio à escolha do vencedor de um determinado concurso, a negociação final com o parceiro vencedor e uma forma de explicar a escolha do investimento e da PPP à população, sendo que o principal objetivo do parceiro público é o de alcançar, por via do recurso ao modelo PPP, a obtenção de *VfM*, que representa uma medida da utilidade do dinheiro gasto (Cruz & Sarmiento, 2019). O *VfM* é um conceito que remete para a utilização ótima de recursos, sendo apurado através da conjugação de três critérios: (i) Economia | Minimização do custo; (ii) Eficiência | Relação entre os resultados e os recursos; e (iii) Eficácia | Relação entre os resultados pretendidos e os resultados obtidos. Então, e tal como sugerido por Cruz e Sarmiento (2019) podemos determinar a função *VfM* que será diretamente proporcional à utilidade (μ) e inversamente proporcional ao custo (c).

$$VfM = f\left(\frac{\Delta\mu}{\Delta c}\right) \quad \text{ou} \quad VfM \sim f(\mu, c^{-1})$$

Assim, podemos concluir que uma PPP será um veículo para financiar e operar infraestruturas e serviços públicos, em que o *VfM* será calculado com base no comparador do setor público (CSP), que abordaremos na secção seguinte, partindo do princípio que o modelo gerará *VfM* se o VAL do projeto for inferior ao VAL do CSP.

Segundo Sarmiento (2010), existem quatro abordagens alternativas para avaliar a relação custo-benefício (*VfM*) das PPP: i) uma análise custo-benefício completa; ii) a utilização do CSP antes do procedimento de contratação; iii) utilização do CSP ao estilo britânico, após o procedimento de contratação; e iv) a dependência de um processo de licitação competitivo. A abordagem feita com o CSP é muito mais simples e fácil de utilizar do que qualquer uma das outras alternativas apresentadas (Grimsey & Lewis, 2005). A Figura 4 representa os diferentes modelos de apuramento do *VfM*.

Figura 4 – Modelos de Apuramento *VfM*



Fonte: Adaptado de Cruz e Sarmiento (2019)

O *VfM* representa o fator determinante para o lançamento de uma PPP, sendo que este é um conceito que se baseia principalmente na transferência do risco (Visconti, 2014). No entanto, alguns estudos (e.g., António, 2014; Cabral, 2009) argumentam que esta transferência do risco não tem acontecido de forma adequada levando a um pagamento excessivo por parte do parceiro público. Sarmento e Renneboog (2014) resumizam as principais críticas ao uso do *VfM* no modelo PPP (Tabela 9).

Tabela 9 – Críticas ao *VfM*

Pontos Principais	Argumentos
Riscos alocados ao setor privado	Setor privado assume poucos riscos e como tal tem poucos incentivos para ser mais eficiente.
Conceito de Risco	Conceito é ambíguo e complexo. Metodologias de avaliação do risco têm um grau de incerteza elevado.
Avaliação do Risco	Utilização de métodos demasiado simplistas.
CSP	O CSP é enviesado a favor das PPP. Existe por regra um <i>Optimist bias</i> . As taxas de desconto tendem a favorecer as PPP.
Riscos e <i>VfM</i>	A alocação dos riscos ao privado é usada para fechar o gap de custos entre o CSP e a PPP. Muitas PPP só apresentam <i>VfM</i> depois da transferência de riscos

Fonte: Adaptado de Sarmento e Renneboog (2014)

Tendo em conta o exposto ao longo da presente secção, percebemos que a avaliação do *VfM* torna-se central, especialmente quando o modelo PPP é utilizado para ‘comprar agora’ e ‘pagar mais tarde’ novas infraestruturas, não existindo um consenso quanto à capacidade das PPP em gerarem *VfM*; assim, Sarmento e Renneboog (2014) resumizam os principais argumentos a favor e contra a capacidade potencial de geração de *VfM* nas PPP (Tabela 10).

Tabela 10 – Argumentos a favor e contra a existência de *VfM* no modelo PPP

Argumentos a favor	Argumentos contra
O modelo PPP reduz os desvios financeiros e temporais das obras públicas.	<i>VfM</i> depende quase na totalidade da transferência do risco sendo este um conceito subjetivo e muito difícil de medir.
O modelo PPP entrega a infraestrutura ou serviço nos termos contratados	Transferência do risco para o privado baixa ou inadequada.
Poucas PPP falham as condições contratuais e a maioria tem uma boa <i>performance</i>	O Setor público está a pagar retornos excessivos.
Com o tempo e experiência, o modelo PPP tem-se tornado mais eficiente e os retornos do setor privado têm-se reduzido.	Nem todos os projetos devem ser conduzidos via o modelo PPP.
A contratação tradicional não elimina os riscos, apenas os transfere para os contribuintes.	As avaliações do modelo PPP não são suficientemente independentes. São necessários mais e melhores estudos. Os dados disponíveis atualmente são insuficientes.

Fonte: Adaptado de Sarmento e Renneboog (2014), e Cruz e Sarmento (2019)

O apuramento do *VfM* permite avaliar os resultados de uma contratação tradicional ou da contratação com recurso a uma modelo PPP. Assim, importa percebermos de que forma

são comparadas estas duas hipóteses, sendo a mais comum o recurso ao Comparador do Setor Público (CSP).

2.3.2. Comparador do Setor Público (CSP)

O CSP desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de projetos em países como a Austrália, Canadá, Holanda e África do Sul, bem como no Reino Unido, o país onde o conceito teve origem no início dos anos 90. Tem como principal objetivo o de auxiliar na demonstração que os projetos PPP revelem, claramente, uma alternativa viável e suficiente, antes da tomada de posição e decisão dos parceiros públicos relativamente à celebração de contratos (Grimsey & Lewis, 2005).

Esta abordagem de análise a modelos de contratação, por via do apuramento do *VfM*, significa que existem alternativas, ou seja, que estamos sempre perante a escolha entre uma contratação tradicional e o recurso a uma PPP. No entanto, segundo Cruz e Sarmiento (2019) alguns críticos do modelo de aferição de *VfM* com recurso ao CSP, argumentam que em muitos casos essa alternativa não existe, pois o Estado não possui os recursos necessários para fazer face aos encargos de um determinado projeto, sendo que sem financiamento privado o projeto nunca será desenvolvido. Estes autores referem que a alternativa existe sempre, tendo em conta que o Estado pode tomar a decisão política de um financiamento público direto, assumindo o impacto no défice e no volume da dívida pública do país. Partindo desta ideia, torna-se claro que se deve sempre estabelecer uma alternativa base, que permita definir um padrão para o cálculo das poupanças conseguidas pelo recurso ao modelo PPP, ou seja, estamos a fixar um limite para o valor a negociar com o parceiro privado, acima do qual a PPP não gera *VfM*.

Assim, o CSP pode ser definido como o melhor projeto que pode ser realizado e financiado diretamente pelo Estado, por intermédio de contratação pública, para efetuar, com todos os requisitos especificados, o fornecimento do serviço e atingir os mesmos objetivos que o processo desenvolvido em regime PPP (Sarmiento & Renneboog, 2017; Torchia et al., 2015). Para Cruz e Sarmiento (2019), o CSP pode ser definido como um modelo económico de avaliação de projeto, ou seja, todos os fluxos de caixa do ciclo de vida são descontados para um VAL e a sua soma representa o VAL do ciclo de vida de uma determinada infraestrutura. Para Cruz e Marques (2012) o CSP pode ser definido como a soma dos *cash-flows* (em VAL) para todo o ciclo de vida do projeto, incorporando ganhos de eficiência e custos de risco e assumindo uma gestão pública. Finalmente, Sarmiento (2010) argumenta que o CSP é a diferença financeira entre as duas opções de adjudicação para o mesmo projeto, tornando-se num instrumento de negociação para o setor público, o que poderá levar ao melhor acordo possível com o setor privado.

Não obstante as várias definições apresentadas, algumas das vantagens práticas associadas à utilização do CSP são enumeradas na literatura, nomeadamente a sua capacidade de permitir dotar a tomada de decisão sobre um modelo de contratação, de uma análise quantitativa, que evite o juízo subjetivo e ambíguo. A possibilidade de proceder à estimativa de receitas e custos, e respetivas análises de risco, levando a um conhecimento muito mais aprofundado do projeto. Ora, o crescimento no conhecimento do projeto levará a que o setor público fique mais capacitado para negociar e, posteriormente, monitorizar a PPP (Cruz & Sarmiento, 2019; Monteiro, 2005). Por outro lado, o cálculo do CSP envolve muita incerteza, nomeadamente no que à previsão de custos e receitas diz respeito, mas também quanto ao apuramento de eventuais ganhos de eficiência. Se tivermos em linha de conta que a decisão final se resume à comparação de dois valores, o CSP e a melhor proposta PPP, este aspeto torna-se fundamental e pode tornar o processo falível (Cruz & Marques, 2014).

O CSP ou Custo Público Comparável (CPC) tem vindo a ser utilizado como *benchmark* no processo de avaliação objetiva e quantitativa das propostas dos parceiros privados, baseando-se na comparação direta entre os custos públicos e propostas do setor privado, tal como referido pelo TC (2019):

O Custo Público Comparável é utilizado como instrumento fundamental para aferir o *value for money* para o erário público na contratação de uma parceria, funcionando como *benchmark* no processo de avaliação objetiva das propostas dos privados. Havendo valor acrescentado, ou seja, sendo o custo do projeto em parceria inferior ao CPC, justifica-se a contratação da parceria; caso contrário, o projeto deverá ser promovido diretamente pela entidade pública (p.28).

A Figura 5 apresenta a estrutura do CSP e a análise *VfM* que é mais adotada para o cálculo do CSP (Cruz & Marques, 2012). Esta metodologia agrega os seguintes componentes: custo base ou CSP bruto, risco retido, risco transferido, risco partilhado e neutralidade competitiva. O custo base representa o custo de linha de base de uma determinada infraestrutura ou serviço, ou seja, os custos estimados do ciclo de vida da operação ou construção não considerando os riscos, sendo estes de três tipos diferentes: retidos, transferidos ou partilhados. A neutralidade competitiva é projetada para eliminar distorções causadas pela propriedade pública, por exemplo benefícios e isenções fiscais ou a ausência de permissões para projetos realizados pelo governo.

Como podemos ver, o uso do CSP poderá ser aplicável em dois momentos distintos, antes e depois da aquisição; no primeiro caso, terá sempre de existir uma proposta hipotética ou licitação sombra. No segundo caso, o CSP é comparado com as propostas em que se

determina, ou não, que o modelo PPP entrega *VfM*. Nos casos em que o modelo PPP entregue *VfM*, existirá uma diferença positiva entre o CSP e o valor da proposta PPP.

Figura 5 – Metodologia de cálculo do CSP

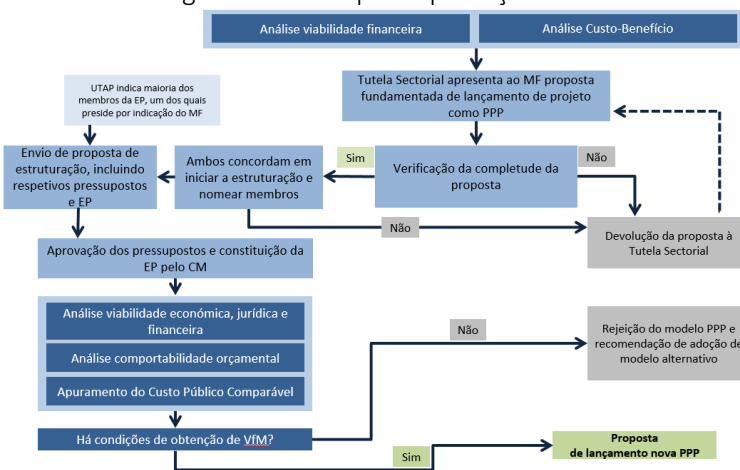
Fase de Planeamento e projeto			Fase de contratação		
Risco Transferido	Poupança Estimada	Risco Partilhado	Risco Transferido	Poupança Estimada 1	Poupança Estimada 2
	Risco Partilhado		Risco Partilhado	Risco Partilhado	
Risco Partilhado	Custo do Serviço (Pagamentos programados)	Custo do Serviço (Pagamentos programados)	Risco Partilhado	Custo do Serviço (Pagamentos programados)	Risco Partilhado
Neutralidade Competitiva			Neutralidade Competitiva		Custo do Serviço (Pagamentos programados)
Custo base			Custo base		
Risco Retido	Risco Retido	Risco Retido	Risco Retido	Risco Retido	Risco Retido
CSP	Proposta Sombra		CSP	Proposta PPP 1	Proposta PPP 2

Fonte: Adaptado de Cruz e Sarmento (2019)

Para além de analisar as possíveis métricas para o *VfM*, nomeadamente utilizando o CSP, Queiroz (2007) sustenta que a realização do CSP, nos casos em que a disposição do setor público ‘não é uma opção razoável’ será contraproducente. Sugere que poderá ser sensato utilizar o CSP mais como uma forma de alcançar um consenso entre as partes interessadas sobre as características que um projeto deve incluir, em vez de um juízo especializado para convencer as partes interessadas de que um determinado projeto oferece *VfM*.

De notar que, no caso do setor da saúde, também se verificam diferenças na quantidade/qualidade do serviço prestado, levando à necessidade de avaliação dessa diferença, tornando o processo de apuramento de *VfM* mais complexo tendo em conta que a qualidade dos serviços não se traduz numa medida económica direta (Cruz & Sarmento, 2019). No sentido de sistematizar todo o processo, que vai desde a avaliação à adjudicação de um projeto PPP, a UTAP (2020) preconiza o modelo apresentado na Figura 6.

Figura 6 – Fases para aprovação PPP



Fonte: UTAP (2020)

Supondo que as fases de aprovação do projeto PPP ocorrem na sua totalidade, e que é concluída a obtenção de um *VfM* por via da sua implementação, é crucial efetuar um rigoroso acompanhamento do desempenho do modelo ao longo do seu ciclo de vida. Este acompanhamento deverá ser executado recorrendo a indicadores de desempenho.

2.3.3. Os indicadores de desempenho

A medição da *performance*, por via de indicadores de desempenho, reforça a responsabilização na parceria e garante que todos estão envolvidos, reforçando a confiança. Aquando da avaliação do modelo PPP, deve existir um sistema de incentivo de desempenho elevado que funcione como garante de que todos são recompensados por alcançarem um melhor desempenho, ou seja, “um sistema de incentivos é também crucial e pode representar a diferença entre uma parceria que falha e outra que é bem-sucedida” (Goldsmith & Eggers, 2004, p. 130).

No seguimento da ideia anterior, relativa à importância de um sistema de incentivos, Almeida (2020) argumenta que todos os contratos PPP devem explicitar, de forma adequada, os indicadores de desempenho suscetíveis de avaliar adequadamente o desempenho pelo parceiro privado. O desempenho exigido ao parceiro privado não deverá ser substancialmente distinto do que é exigido ao parceiro público em contratos análogos. Ora, analisando as experiências passadas, o mesmo autor identificou situações diametralmente opostas e incorretas face à melhor prática descrita anteriormente. Identificou contratos sem indicadores de desempenho definidos quantitativamente e até qualitativamente, contratos com indicadores de desempenho, mas sem consequências previstas face ao seu não cumprimento, por ausência de penalidades e contratos com uma multiplicidade e complexidade de indicadores de desempenho, sem comparação com situações idênticas asseguradas através da gestão pública. Almeida (2020) identificou ainda os quatro fatores críticos, para uma correta implementação de indicadores de desempenho em contratos PPP:

1. Previsão de indicadores de desempenho adequados, face ao que se pretende da execução do contrato, nem mais nem menos do que se exigiria se a execução fosse assegurada através de um modelo de contratação público.
2. Previsão de mecanismos de incentivo face ao cumprimento acima do esperado.
3. Previsão de mecanismos de penalização face ao cumprimento abaixo do esperado.
4. Adequação das penalidades à gravidade e persistência do incumprimento.

Tendo em conta a nossa temática de investigação, importa abordar os indicadores de desempenho utilizados no âmbito dos serviços de cuidados de saúde. Assim, quando falamos da eficiência de um hospital em Portugal, é crucial entendermos os indicadores utilizados no seu apuramento, sendo a eficiência determinada pela relação de custos com a medida ‘doente

padrão⁴. Esta medida é utilizada para o cálculo de indicadores da dimensão económico-financeira, tais como os Custos Operacionais por Doente Padrão; Custos com Pessoal Ajustados por Doente Padrão; Custos com Pessoal por Doente Padrão; Custos com Produtos Farmacêuticos por Doente Padrão; Custos com Medicamentos por Doente Padrão; Custos com Material de Consumo Clínico por Doente Padrão; ou Custos com Fornecimentos e Serviços Externos por Doente Padrão. A aplicação da medida ‘doente padrão’ baseia-se na transformação da atividade hospitalar por natureza heterogénea numa unidade de produção única de forma a possibilitar o exercício de comparação entre unidades hospitalares. Esta medida não incorpora as especificidades particulares e toda a carteira de serviços das unidades hospitalares, pelo que, qualquer análise requer um aprofundamento da mesma a nível micro (ACSS, 2020; Pita Barros, 2011). Como veremos no capítulo 4, já existem estudos (e.g., Fernandez et al., 2016; Nunes, 2020) que avaliaram a eficiência dos Hospitais PPP face aos Hospitais EPE recorrendo à avaliação de indicadores de desempenho. Nunes (2020) no seu trabalho, verificou que os hospitais PPP, entre 2013 e 2017, foram mais eficientes que os hospitais EPE, apresentando também melhores resultados em termos de produtividade. Concluiu, ainda, que a passagem do modelo EPE para o modelo PPP teve como consequência um aumento de produtividade nas Unidades Hospitalares.

Esta problemática é premente e pode significar a diferença entre o sucesso e o insucesso do modelo PPP, não só pelo enviesamento de possíveis comparações entre Hospitais EPE e PPP originado pela aplicação de diferentes métricas de desempenho, mas também pela perceção que transmite aos utentes quanto à qualidade do serviço prestado.

No que concerne à definição de ‘Sucesso’ de uma PPP no âmbito da saúde, Kosycarz et al. (2019) concluem, através de uma análise de diferentes modelos de PPP em diferentes países, que são necessários vários fatores importantes para o êxito de um projeto de PPP. Os principais fatores que podem afetar o sucesso das PPPs são: alterações ao contrato, condições económicas e legais estáveis, alocação apropriada do risco, experiência suficiente de ambas as partes, utilização de um parceiro privado com reputação e competente, e capital inicial suficiente. O mesmo autor, após observação de várias PPP em vários países, concluiu que as influências legais, culturais e sociais dos diversos países são de grande importância para o sucesso das parcerias. De acordo com a KPMG (2020) uma PPP de sucesso (Figura 7) depende do projeto subjacente, sendo fundamental definir as necessidades e prioridades.

⁴ Metodologia utilizada para harmonizar (‘padronizar’) hospitais e centros hospitalares com características muito diversas. Esta padronização permite a comparação de hospitais, mesmo que as linhas de produção sejam muito diferentes e dispensa ajustamentos adicionais, que comprometeriam o realismo da comparação (Universidade Católica Portuguesa, 2016).

Figura 7 – Fatores de sucesso PPP



Fonte: Adaptado de KPGM (2020)

Ainda relativamente ao sucesso, Queiroz (2007) argumentou que qualquer projeto PPP, para ser bem-sucedido, requer um forte apoio (material) do governo e vontade política e empenho a longo prazo, destacando os seguintes pré-requisitos chave para o sucesso de projetos PPP:

1. Forte vontade política, um quadro regulamentar e jurídico adequado e estável, e um ambiente macroeconómico estável.
2. Disponibilidade do setor público para fornecer as contribuições necessárias: 40% a 60% do custo total do projeto em alguns casos.
3. Uma sólida avaliação económica e financeira do projeto, mostrando que este beneficiará a sociedade e que é comercialmente viável para o potencial concessionário.

Assim, para atingir o sucesso, será essencial garantir: um plano de Investimento em Infraestruturas; planeamento e priorização de projetos (tecnologia); comunicação efetiva; saber lidar com políticos; gerir capacidade e disponibilidade de pagamento; criar capacidade no setor público – criando uma unidade de infraestrutura ou PPP; monitorizar *performance*; gerir mercados, garantindo apetite; trabalhar no financiamento; e definir o melhor modelo de contratação. Ou seja, a monitorização do desempenho (via indicadores) dos serviços prestados será uma das formas de medir o sucesso das PPP; no entanto, podemos concluir que o apoio político e a ação do Estado (risco político) também representam um fator fundamental para o sucesso.

Torna-se claro que a repartição dos riscos, a confiança e a transparência, inerente à gestão do modelo PPP, desempenham um papel crucial no sucesso deste tipo de projetos. O desempenho do modelo, representa também um papel fundamental no ciclo de vida dos projetos, em termos de qualidade, custos e benefícios. Assim, concluímos que os resultados

obtidos pela implementação do modelo PPP, representam outras das problemáticas inerentes ao nosso tema de investigação.

2.3.4. Os resultados do modelo PPP

Existe um consenso na literatura sobre as efetivas poupanças económicas resultantes de uma melhor afetação dos riscos (Marques & Berg, 2011), conforme abordámos anteriormente; por outras palavras, a correta alocação do risco tem um papel fundamental nas possíveis poupanças obtidas por via da aplicação do modelo, ou seja no resultado.

Hardcastle e Boothroyd (2008) demonstraram que o modelo PPP leva à redução dos custos do ciclo de vida dos projetos, uma vez que estes projetos dispersam o investimento de capital público ao longo da vida de um determinado projeto. Este facto garante a taxa de retorno esperada para o investimento público. De igual forma, na sua revisão de julho de 2003 das PPPs, a HM Treasury (2003b) apresentou os resultados relativos aos 61 projetos que abrangeram uma vasta gama de prestação de serviços (prisões, rodoviárias, pontes, comboios, hospitais, escolas, e equipamento de defesa). As principais conclusões deste estudo revelaram que no total, 89% dos projetos foram entregues a tempo ou com antecedência, não sendo encontrado qualquer projeto em que a taxa unitária tivesse sido alterada na sequência da formalização do respetivo contrato, exceto nos casos em que as necessidades do utilizador tenham sido alteradas; e 3/4 dos gestores do setor público referiram que os projetos satisfizeram as suas expectativas iniciais.

Alguns autores identificaram como um grande entrave ao modelo PPP, os modelos de avaliação aplicados. Para Silva (2009) e António (2014), os modelos de avaliação atualmente utilizados – VfM e CSP – são ambíguos e propícios a manipulações tendenciosas que geram, à *posteriori*, um encargo ainda maior para o erário público. Estas conclusões não são suportadas pelos recentes relatórios do TC onde se descrevem gastos inferiores aos previstos nas análises CSP.

Em 2021 o TC emitiu um relatório onde afirma que as PPP hospitalares foram genericamente ‘mais eficientes’ do que a média dos hospitais de gestão pública (EPE), com custos operacionais por doente mais baixos e com padrões de qualidade mais exigentes. Adicionalmente, o mesmo relatório indica que os hospitais PPP de Cascais, Vila Franca de Xira, Braga e Loures pouparam pelo menos 203,3 milhões de euros ao Estado entre os anos de 2014 e 2019.

No que diz respeito à produção de cuidados de saúde no conjunto das quatro PPP Hospitalares, nas principais linhas de atividade (consultas médicas externas, episódios de internamento e ambulatório), esta foi globalmente superior à contratada, indica ainda o relatório. Quanto aos padrões de qualidade, os utentes dos Hospitais PPP estão protegidos

por padrões de qualidade mais exigentes do que os aplicados na monitorização dos hospitais EPE (TC, 2021).

Tendo em conta que a nossa temática de investigação se centra nas PPP aplicadas à saúde, a Tabela 11 apresenta os valores comparativos entre o valor do CSP e da *Best and Final Offer* (BAFO) para os projetos PPP relativos aos Hospitais Portugueses.

Tabela 11 – Comparação entre o CSP e a BAFO (Oferta Privada)

Hospital	CSP (M€)	BAFO (M€)	Diferença (M€)	%
<i>H. Vila Franca de Xira - Entidade Gestora do Estabelecimento</i>	479,9	352,9	-127	-26%
<i>H. Cascais - Entidade Gestora do Estabelecimento</i>	328,05	269,84	-58,22	-18%
<i>H. Braga - Entidade Gestora do Estabelecimento</i>	987,63	641,5	-346,12	-35%
<i>H. Loures - Entidade Gestora do Estabelecimento</i>	643,43	443,33	-200,1	-31%

Fonte: TC (2013, 2019)

Os custos inferiores da prestação de serviços clínicos foram evidenciados pelo TC (2013) como um dos fatores decisivos para a opção pelo modelo PPP, aquando do concurso para os hospitais de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira. Em todas estas unidades foram os prováveis "ganhos de eficiência estimados na componente de serviços clínicos, muito acima do entendido como possível a um hospital gerido diretamente pelo Estado, que possibilitaram o financiamento da construção dessas infraestruturas hospitalares, através do setor privado" (TC, 2013, p.49). Contudo, Hodge e Carsten (2008) concluíram que os resultados obtidos por via deste tipo de parcerias estão, muitas das vezes, enviesados por não refletirem a visão das duas partes, ou seja, concluem que é crucial que todas as avaliações reportadas tenham sempre em consideração a visão, tanto do parceiro público como do privado. Os mesmos autores, no que concerne aos resultados do modelo, obtêm conclusões dúbias: se, por um lado, analisando apenas o *VfM*, consegue-se concluir como um sucesso a aplicação dos modelos PPP, por outro, quando analisa o modelo como um todo, conclui-se que existem omissões por parte do Estado que colocam em causa os resultados apresentados. O efeito líquido de uma PPP bem concebida, representa o benefício para os contribuintes, não sendo sobrecarregados com custos de base excessivos e evitam uma afetação incorreta dos custos derivados do risco, graças à melhoria dos procedimentos de aquisição (Marques & Berg, 2011). Desde o início do lançamento dos primeiros concursos em regime PPP, na área da saúde em Portugal, que a academia tem tentado investigar os resultados obtidos em consequência da aplicação deste modelo e assim confirmar as posições teóricas tomadas acerca deste regime de contratação no âmbito da saúde. Em 2016, o Centro de Estudos Aplicados (CEA) da Católica *Lisbon School of Business and Economics* levou a cabo um estudo com o objetivo de calcular o valor teórico que teria custado prestar o serviço no Hospital de Braga, se o mesmo tivesse sido prestado por um hospital estatal do SNS; no fundo, analisar o

VfM relativo da PPP do Hospital de Braga. O CEA utilizou a mesma metodologia já aplicada pela ACSS nas avaliações da *performance* das unidades hospitalares do SNS, tendo concluído que:

...o benefício da PPP do Hospital de Braga para o Estado é evidente e ascende a mais de 150 milhões de euros acumulados para o período entre 2011 e 2015. Qualquer cenário alternativo à análise efetuada, por mais conservador que seja, apontou sempre para níveis de poupança muito elevados para o Estado, sempre acima de 100 milhões de euros para metade do período de concessão (UCP, 2016, p.17).

As avaliações feitas por entidades públicas identificam também benefícios na aplicação do modelo, tal como refere a Nota Técnica da Assembleia da República Portuguesa, onde se lê:

Os vários relatórios já elaborados sobre esta temática são unânimes em reconhecer que, apesar dos méritos deste modelo no desenvolvimento de infraestruturas, os custos das PPP têm tido um impacto orçamental significativo (...) e se possa defender que algumas parcerias até geram receita” (Comissão de Orçamento, Finanças e Administração Pública, 2018, p.56).

Uma avaliação também positiva pode encontrar-se no relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde – Hospital de Braga (2018, p.8), onde se dá destaque que o Hospital “consolidou a sua posição de relevância no seio do Serviço Nacional de Saúde, representando um peso significativo em termos de atividade, e contribuindo decisivamente para o aumento de resposta do SNS aos cidadãos”. Adicionalmente, o Estado, através da sua unidade de controlo, Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP), publicou, em Diário da República, 2.ª série, n.º 121, de 27 de junho de 2016, o Relatório Intercalar relativo especificamente ao Hospital de Cascais, avaliando o modelo de PPP, onde aprecia o exercício da faculdade contratual de renovação do Contrato de Gestão. Neste relatório a UTAP é perentória nas conclusões que produz, i) que estão “reunidas as condições para, no caso específico do Hospital de Cascais, se recomendar a adoção de um modelo de PPP” e ii) que “não se verificam todos os requisitos necessários a uma decisão de renovação do Contrato de Gestão” (Relatório Intercalar relativo especificamente ao Hospital de Cascais, 2017, p.17). Ainda a mesma entidade publicou o 1º relatório intercalar da equipa de projeto para avaliação da PPP do Hospital de Vila Franca de Xira, e, mais uma vez, as conclusões, medindo o *VfM*, são positivas tendo a UTAP proferido a seguinte deliberação i) “a existência de *value for Money* da parceira em face de um cenário de internalização” e ii) “não se encontram reunidos todos os requisitos para uma decisão quanto à renovação do contrato por mais 10 anos” (Relatório

Intercalar Hospital Vila Franca de Xira, 2019, p19), abrindo assim a porta a um novo concurso em regime PPP.

De salientar que, no caso do Hospital de Vila Franca de Xira, a UTAP, o boletim Trimestral PPP de 2018, identificou uma poupança do Estado de, pelo menos, 56,5 milhões de euros (representando um total de poupança de 13,7% em relação ao custo que teria de ser suportado se se tivesse optado por um outro modelo de gestão) derivado ao nível de receitas real ter sido inferior ao inicialmente estimado aquando da elaboração do CSP.

O TC fez também uma avaliação a várias PPP, onde descreve custos operacionais por doente-padrão menores do que os dos hospitais públicos de referência. Mas também apontou debilidades, como os limites impostos pelos contratos PPP à produção de atividade e problemas na comparabilidade com os hospitais de gestão pública, que não têm os mesmos indicadores de avaliação.

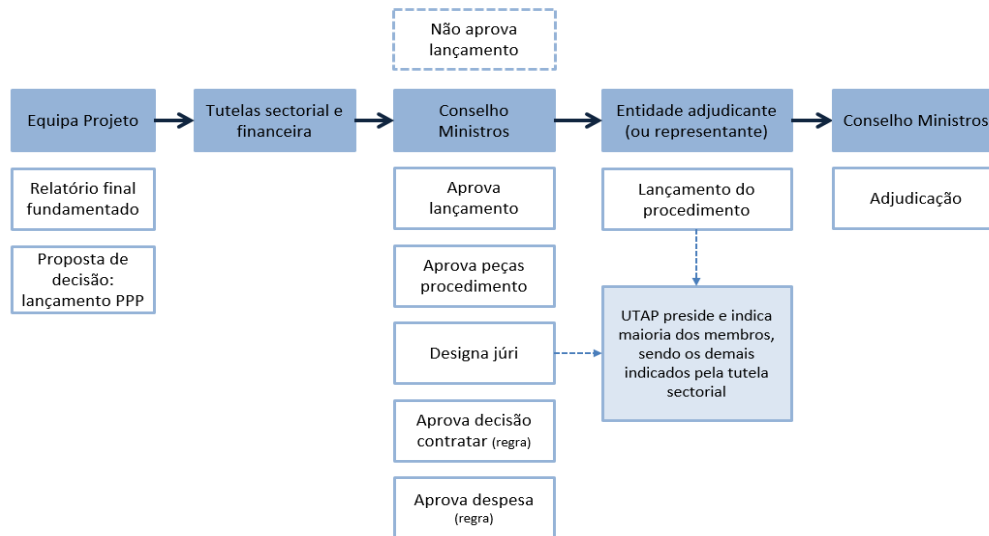
Para além dos fatores de sucesso das PPP, das dúvidas que possam existir quanto à ambiguidade dos modelos de avaliação do modelo e os resultados financeiros que vão sendo aferidos ao longo do ciclo de vida dos contratos, é crucial medir o desempenho do parceiro privado quanto ao serviço que presta. Esta medição de indicadores de desempenho permite concluir se possíveis poupanças são resultado de um défice nos serviços prestados ou se por outro lado existe um cumprimento do estabelecido contratualmente, resultando em possíveis poupanças para o erário público.

2.4. A aplicação do modelo PPP em Portugal

Inicialmente em Portugal, as PPP foram implementadas, principalmente, no setor dos transportes (autoestradas, caminhos-de-ferro e elétricos). Refletindo a sua eficácia no rápido desenvolvimento de infraestruturas e na melhoria da qualidade dos serviços, as PPP foram bem-recebidas pelos utilizadores e pelo público em geral (Monteiro, 2005); no entanto, Monteiro (2005) argumenta que o modelo PPP simplesmente transfere os custos das gerações atuais para as gerações futuras.

De facto, na perspetiva do orçamento governamental, as PPPs substituem os pagamentos futuros pelos custos de investimento atuais, em que o governo teria incorrido se tivesse adquirido o ativo da infraestrutura da forma tradicional. Se não for devidamente tratada, esta substituição pode fazer com que o orçamento governamental pareça mais saudável do que realmente é, subavaliando assim o custo das Infraestruturas financiadas por PPP e as decisões tendenciosas a favor do modelo PPP. Assim, Monteiro (2005) sugere que seja aplicado um processo de apropriação das PPP, que permita uma melhor avaliação dos seus custos, em particular os que recaem sobre as gerações futuras. Em Portugal, e segundo a UTAP (2020) a adjudicação de um projeto PPP contempla as fases descritas na Figura 8.

Figura 8 – Adjudicação de um Projeto PPP



Fonte: UTAP (2020)

Assim e tendo por base os passos de adjudicação do modelo PPP em Portugal, Monteiro (2005) argumenta que o objetivo final do modelo é a sua eficiência económica, e não apenas a eficácia. Devido ao sucesso e eficácia do modelo PPP na prestação de serviços de infraestruturas públicas em 2005, existia um consenso entre os partidos políticos sobre os méritos do modelo, sendo exemplo disso a implementação de projetos PPP sob uma série de governos formados por diferentes partidos políticos, embora com objetivos e ênfases diferentes, dependendo do posicionamento político de cada partido (Monteiro, 2005). Existia também um amplo consenso de que as PPP deveriam ser mais desenvolvidas, tanto no setor dos transportes, como também noutros setores, incluindo o da saúde.

Ao mesmo tempo que o modelo PPP proporcionou um alívio orçamental a curto prazo, alguns projetos terão tido um impacto fiscal significativo a médio e longo prazo, sendo que o problema residia na forma tradicional de orçamentação governamental anual, que seria inadequada para lidar com os compromissos orçamentais a longo prazo que o governo assumiu no âmbito das PPP (Monteiro, 2005). No entanto, o modelo PPP tem potencial para prestar serviços públicos de forma mais eficiente e, sendo escolhido por essa razão, apresenta uma forma de facilitar o desenvolvimento de infraestruturas e serviços públicos num ambiente de graves restrições orçamentais, e ainda ter o efeito positivo de fomentar a concorrência entre departamentos governamentais, para a definição de melhores práticas na prestação de serviços públicos aos utilizadores. A experiência Portuguesa, demonstra a eficácia do modelo PPP por via do rápido desenvolvimento de infraestruturas e na melhoria da qualidade dos serviços públicos; no entanto, o objetivo final será a eficiência económica, e não apenas a eficácia (Monteiro, 2005). Nesse sentido, as alterações ao quadro institucional que fomentem avaliações mais rigorosas do modelo, as suas implicações orçamentais a longo

prazo, e as disposições contratuais que as apoiam, visam assegurar a eficiência na prestação de serviços de infraestruturas e, assim, uma boa relação custo-benefício.

Silvestre e Araújo (2012) descreveram a relação entre a utilização do modelo PPP e os resultados obtidos em dois estudos de caso portugueses: autoestradas e abastecimento de água. A experiência portuguesa mostra que as PPP aplicadas ao setor rodoviário permitiram um enorme aumento na construção e exploração de estradas, exemplo disso são os 2.509 km de novas estradas; que tiveram um impacto positivo na mobilidade interna, tanto no campo como nas zonas urbanas. Já no que concerne ao domínio do abastecimento de água, a participação do setor privado permitiu a entrega contínua de bens e serviços de alta qualidade. Silvestre e Araújo (2012) concluíram que não obstante os méritos alcançados, os estudos de caso demonstraram a falta de preparação e de competências do Estado, para a implementação de projetos PPP de sucesso, bem como a ausência de procedimentos de acompanhamento sólidos. Estas falhas podem tornar as iniciativas PPP muito dispendiosas.

A decisão de implementar uma PPP, requer a consideração das necessidades dos utilizadores e dos prováveis impactos económicos e sociais e não deve ser determinada por uma vontade, convicção, ou moda 'politizada', devendo ser sempre apoiada por uma sólida abordagem técnica e profissional. Adicionalmente, Cruz e Marques (2013) analisaram quatro estudos de caso no mercado 'grossista' de resíduos em Portugal e examinaram a implementação e o grau de sucesso do modelo PPP neste setor, concluindo que o *know-how* do setor privado, a melhor eficiência e a capacidade de inovar não estão a emergir dos acordos existentes, sendo que o modelo PPP, no setor dos resíduos, está a ser utilizado apenas para ultrapassar as limitações orçamentais e facilitar economias de escala, em vez de conseguir um *VfM* mais elevado.

Contrariando o estudo de Silvestre e Araújo (2012), relativamente à aplicação do modelo PPP no setor rodoviário, Cruz e Marques (2013) concluíram que as concessões Portuguesas, particularmente em estradas e sistemas de água, provaram ser inadequadas, sendo estes setores propensos a um comportamento oportunista por parte das concessionárias, tendo condições contratuais que possibilitam a abertura de processos de renegociação. Os mesmos autores em 2015 (Cruz et al., 2015) concluíram que as renegociações, levadas a cabo nos modelo PPP em infraestruturas rodoviárias, foram prejudiciais para o interesse público, sendo que a maioria das causas que levaram à renegociação estiveram relacionadas com o fraco desempenho do parceiro público. Adicionalmente identificam que os problemas de assimetria de informação comprometeram significativamente o poder de negociação do parceiro público. Esta assimetria existirá quase sempre, mas pode ser minimizada com uma gestão e regulamentação eficaz dos contratos; contudo, tal não se verifica por parte do parceiro Público Português, o que é claramente uma das principais armadilhas do programa PPP e as suas consequências negativas podem ter impactos a longo prazo.

No mesmo âmbito Macário et al. (2015) utilizam como referência os resultados da renegociação do caso 'Fertagus' e exploraram as características que o tornaram um caso tão amplamente elogiado, visando identificar as melhores práticas a serem seguidas noutros casos. Concluíram que os todos os modelos tendem a beneficiar com uma avaliação *ex ante* rigorosa, centrada nos resultados e impactos finais. Adicionalmente, a existência de um CSP eficaz tende a proporcionar valor acrescentado ao processo de decisão.

Oliveira et al. (2016) tiveram como objetivo contribuir para a discussão sobre os efeitos financeiros na decisão de investimento de projetos PPP, tendo como base o caso português. Os autores concluíram, quanto aos efeitos financeiros no ambiente de decisão política, que esse período deve ser considerado como um momento crucial para compreender a intersecção entre os dois mundos. A responsabilidade da política de desenvolvimento da UE também pode ser questionada relativamente aos seus efeitos na execução microeconómica de contratos PPP, sendo que esta consciência pode contribuir para melhorar políticas de apoio semelhantes no futuro.

Torna-se claro que o início da implementação do modelo PPP, em Portugal, foi amplamente aceite tanto pela população como pelas forças políticas. No entanto, com o decorrer dos anos, estudos empíricos vieram dar visibilidade a um conjunto de problemas, relacionados com o modelo, que se traduziram num prejuízo para o erário público. De notar, que muitos destes problemas (e.g., renegociação dos contratos) foram provocados pela subdesempenho do parceiro público e pela sua incapacidade de implementar um quadro de gestão contratual eficaz e de desenvolver competências no acompanhamento *ex ante* e *ex post* do modelo. De notar ainda que as convicções e ideologias políticas não devem ser tidas em conta, aquando da tomada de decisão; ao invés, o parceiro público deve concentrar-se nas necessidades da população e impacto económicos do modelo, o que nos levou à identificação da problemática da ação do estado na economia que abordaremos de seguida.

2.4.1. A ação do Estado na economia

Linder e Peters (1989) argumentaram que devemos analisar as várias noções distintas de contexto, aquando da decisão de um determinado Governo, para a escolha de uma dada ferramenta de gestão, como por exemplo um modelo PPP: uma engloba o quadro institucional dentro do qual o Governo (decisor) opera, outra é sinónimo da situação problemática que cria a escolha do instrumento. Também Linder (1999) referiu que a retórica das PPP resulta de um concurso, pós-guerra, entre os defensores do Estado liberal, e os opositores ao mercado livre.

Tal como sabemos, as estratégias governativas são, tendencialmente, elaboradas a curto prazo (períodos legislativos de 4 anos), o que se poderá traduzir numa mudança constante de paradigma no que concerne à aplicação de modelos de gestão (entre eles as PPP). Assim, e para percebermos a ação do Estado na economia, é crucial resumir as três correntes de

pensamento identificadas na literatura. Para esse fim usámos a abordagem de Pereira et al. (2005), a qual nos parece suficientemente esclarecedora sobre as correntes ideológicas dominantes no mundo mais desenvolvido: (1) o Estado mínimo liberal; (2) o Estado de Bem-Estar (*welfare state*) e (3) o Estado ideal. A análise puramente conceptual a estas três correntes de pensamento torna-se crucial quando temos como objetivo entender e relacionar decisões do Estado Português com estratégias relativas à aplicação de ferramentas ou modelos Gestão, no nosso caso concreto quanto à aplicação de modelos em regime PPP no âmbito dos cuidados de saúde.

(1) O Estado Liberal - No que concerne à ação do Estado no âmbito do conceito mínimo ou liberal, o mesmo resume-se pura e simplesmente ao de garantir as condições necessárias ao correto funcionamento do setor privado (mercado), sendo preferido um sistema socioeconómico alicerçado na economia de mercado em livre concorrência. Esta conjectura permite uma eficiente afetação de recursos tendo por base o conhecimento claro do como, quando e o que produzir face às necessidades apresentadas. Neste conceito o Estado deve resumir ao mínimo a sua interferência na atividade económica sob pena de perturbar um equilíbrio que garanta o bem-estar e a justiça social.

Para Taylor (1986) citado por Silva (2009) a mínima intervenção do Estado na economia é justificada pela sua pouca vocação para atividades económicas, tendo em conta que o sistema de mercados em concorrência constitui a garantia de uma afetação eficiente de recursos. No entanto, o Estado fornece bens públicos destinados à satisfação do interesse geral e à vida em comunidade, bens esses que o mercado privado não se encontra disponível para produzir (Silva, 2009). Esta forma de atuação mínima do Estado tem por base o termo ‘mão invisível’, que tem origem nas teorias do economista e filósofo Adam Smith, que faz referência à lei da oferta e procura no mercado. Na corrente de pensamento liberal, como existe uma menor intervenção do governo, quem regula os fatores como preços e produção é o próprio mercado. Se seguirmos esta ideia, a escassez de um determinado produto no mercado, associada a uma grande procura pelo mesmo traduz-se num aumento automático dos preços de um bem. Contrariamente, quando há uma redução na procura, os preços baixam, fazendo com que a regulação do mercado aconteça de forma automática, como se houvesse uma mão invisível capaz de intervir.

(2) O Estado de Bem-Estar - Esta corrente de abordagem ao funcionamento do Estado tem como principal defensor John Maynard Keynes, um dos economistas mais importantes da história, precursor do conceito de macroeconomia. Foi bastante influente na elaboração dos planos para que os Estados conseguissem reverter crises económicas, sendo que os seus conceitos serviram como base para construção da política económica de vários países no ocidente, após a Segunda Guerra Mundial (Jesus, 2016). John Maynard Keynes publicou o livro *Teoria Geral de Emprego, Juros e Moeda* em 1936, criticando a perversidade do capitalismo,

propondo a intervenção do Estado na economia de mercado para solucionar o problema da crise económica, defendendo a intervenção no processo produtivo por meio do investimento público, cujo objetivo seria o de atingir o pleno emprego, contrapondo-se à corrente de pensamento liberal.

No Estado *welfare* os mercados competitivos são os grandes propulsores da afetação de recursos, por via do sistema de preços que rege os agentes económicos. Uma das diferenças face ao modelo liberal está relacionada com a autorregulação do sistema de preços, sendo que para os defensores do Estado *welfare* não existe a garantia de um equilíbrio espontâneo no sistema de preços, sendo impossível atingir-se uma afetação de recursos socialmente justa derivada às falhas do mercado. Como argumenta Carvalho (2009) as principais falhas de mercado são: a possibilidade de produção de bens socialmente indesejáveis (e.g., mercados proibidos, mercados perigosos); o seu funcionamento deficiente (e.g., concorrência imperfeita; bens públicos); permite desigualdades (e.g., distribuição de rendimentos; assimetria de informação); desestabiliza a economia (e.g., inflação, desemprego); e não evita as discriminações (e.g., género, etnia, idade). Esta ideia fundamenta a necessidade efetiva da intervenção do Estado na economia em toda a sua atividade, no sentido de corrigir quaisquer desequilíbrios e ser o garante de uma sociedade justa.

A intervenção do Estado ocorre sob duas formas distintas. A primeira, através da redistribuição da riqueza, corrigindo assim quaisquer injustiças sociais e garantindo os meios mínimos de subsistência à população mais carenciada. Esta intervenção ocorre com recurso à atribuição de rendimentos sociais e/ou assistência social, através da afetação de recursos a bens e serviços primários ou sociais que o mercado não produz ou disponibiliza numa quantidade que não garanta o mínimo ótimo social e aos quais toda a população deverá ter acesso. Quando esta corrente refere o termo 'ótimo social' está no fundo a basear-se no teorema do Ótimo de Pareto, amplamente descrito por Atkinson e Stiglitz (1980), onde sob determinadas condições, nos mercados competitivos será possível uma afetação eficiente de recursos de um dado agente sem reduzir o bem-estar de outro.

A segunda intervenção do Estado será ao nível macroeconómico, no sentido de evitar crises económicas ou sociais sempre que a autorregulação de preços não se verifique. Esta intervenção tem inerente uma função de estabilização tendo por base a estabilidade dos preços no mercado, promovendo o crescimento económico e do emprego (Silva, 2009). De notar que a abordagem a um Estado *welfare* admite desequilíbrios orçamentais financiados com recurso ao endividamento que, por sua vez, é pago com recurso às receitas do Estado, maioritariamente por via da receita fiscal dos contribuintes. Desta forma, esta conceptualização de Estado implica o desempenho de um papel muito superior ao desempenhado de acordo com o Estado Liberal, ou seja, para além da função de afetação de

recursos, o Estado assume a função de distribuidor de riqueza e estabilizador da economia tentado alcançar um bem-estar socialmente mais justo.

(3) O Estado Ideal – Não obstante as visões mais liberais ou intervencionistas apresentadas anteriormente, uma visão mais moderada, foi desenvolvida por vários autores nas décadas de 70, 80 e 90, entre eles o galardoado prémio nobel da economia James Buchanan (Brennan & Buchanan, 1980). Aqui o Estado é entendido como um agente com poderes exclusivos de tributação, emissão de licenças, e de regulação da competição. No entanto, em regimes democráticos impera a regra da maioria, ou seja, pressupõe-se que existem maiorias e minorias, sendo que as decisões democráticas, embora maioritárias, nem sempre favorecem o interesse público (Pereira et al., 2005). Assim, Brennan e Buchanan (1980) argumentaram que é possível pensar em restrições de natureza constitucional (limites à dívida, equilíbrio das contas públicas, etc.) que devem ser introduzidas para limitar a tomada de decisão discricionária pelos poderes públicos. Aplicando restrições constitucionais ao nível do limite do endividamento e obrigatoriedade de apresentação de um Orçamento de Estado equilibrado, o Estado Ideal partilha o princípio do ‘equilíbrio orçamental’ com Estado de Bem-Estar, definindo-o como sendo o instrumento da vontade da generalidade dos cidadãos, expressa democraticamente, e satisfazendo o interesse público e não uma soma de interesses individuais ou corporativos que vão contra esse interesse público seguindo regras de equilíbrio orçamental. Esta ideia é parcialmente suportada por Carvalho (2009) quando aborda a regulação do mercado na economia:

O mercado é uma forma de nos relacionarmos, que tem vantagens e desvantagens, as quais devem ser controladas e reguladas pelos Estados. Isto é, devemos colocar sempre em primeiro lugar o bem-estar geral das pessoas, deixando o mercado funcionar quando for a melhor solução, e intervindo nele quando haja a necessidade de proteger as pessoas daquelas desvantagens (Carvalho, 2009, p.57).

Esta conceptualização tem por base a ideia de que a ocorrência de falhas do mercado não significa obrigatoriamente que o Estado seja capaz de as resolver ou mesmo que essa tentativa não resulte num fracasso ainda maior, isto porque, tal como indicado por Samuelson, et al (1998), uma intervenção do Estado tem sempre por princípio dois fatores: o imperativo burocrático onde poucos resistem à tentação de aumentar a sua influência ou poder; e a pressão dos atos eleitorais, que podem levar à tomada de decisões políticas com horizontes de curto prazo. Assim, torna-se claro que para os defensores de um Estado Ideal, tal como para os do Estado Liberal, a excessiva intervenção do Estado na economia é prejudicial para o desenvolvimento da atividade económica. Este prejuízo advém da elevada absorção de recursos para a máquina do Estado, os quais seriam necessários ao financiamento da

economia a partir da iniciativa privada, gerando ainda graves distorções pelos benefícios que podem ser orientados para grupos de interesses e não à luz do interesse geral.

Não obstante as diferenças entre as correntes de pensamento identificadas, não existe uma fórmula única para definir qual a dimensão ótima do setor público, podendo a mesma variar de acordo com os desejos dos cidadãos de cada país, expressos no resultado eleitoral. Ou seja, se os cidadãos do país A estiverem dispostos, por motivos de solidariedade, a suportar os encargos de um Estado social mais significativo, a dimensão assumida pelo mesmo deverá ser maior. Por outro lado, se os cidadãos do País B não estão dispostos a ter níveis de tributação compatíveis com benefícios sociais significativos, então a dimensão ótima do setor público deverá ser menor.

A Tabela 12 resume as principais diferenças entre as três correntes de pensamento no que concerne à interferência do Estado na economia.

Tabela 12 – Resumo das correntes de pensamento

	Estado Liberal	Estado Bem-Estar	Estado Ideal
Interferência na Economia	Resumir ao mínimo a interferência do Estado na atividade económica.	Efetiva intervenção do Estado na economia em toda a sua atividade, no sentido de corrigir quaisquer desequilíbrios e ser o garante de uma sociedade mais justa.	Permite a interferência do Estado, mas com a introdução de medidas reguladoras e limitadoras às funções exercidas, como por exemplo o limite ao endividamento e a exigência de contas públicas equilibradas.
Finanças aplicadas	Finanças Clássicas – com um orçamento de Estado reduzido e equilibrado (aprox. 10% PIB) sem défices. Financiamento exclusivo por via dos impostos	Finanças Intervencionistas – com um orçamento de Estado mais amplo (aprox. 40%-60% PIB) admitindo-se défices. Financiamento por impostos, com recurso ao crédito e emissão de moeda.	Constitucionalismo Financeiro – orçamento de Estado relativamente reduzido (aprox. 20%-30% do PIB) com regras de natureza constitucional (equilíbrio orçamental). Financiamento através de Impostos e endividamento (com restrições).

Fonte: Elaboração própria

Percebe-se, então, que o recurso ao modelo PPP está enquadrado numa conceptualização de Estado Ideal, não só porque ao serem introduzidos limites ao endividamento pelo Estado, o investimento puramente público torna-se mais restritivo, sendo o recurso às parcerias com os privados uma solução, mas também porque estes tipos de modelos vêm acompanhados com medidas reguladoras para a prestação de determinado serviço. Ou seja, os interesses são repartidos entre os parceiros público e privado, tendo como objetivo uma relação *win-win* em que ambas as partes têm um potencial benefício, não existindo uma orientação particular a grupos de interesse, mas sim uma orientação ao interesse geral da população.

Não obstante as correntes de pensamento apresentadas e a conclusão de que, teoricamente, o modelo PPP se adequa a uma conceptualização de Estado Ideal, a lógica despolitizada (processo de deslocamento da tomada de decisões dos políticos eleitos, aliado

ao crescente exercício do poder por atores não governamentais) por detrás das PPP alimenta amplos sentimentos de desconfiança e desilusão política. Isto, porque os decisores políticos tendem a utilizar as PPP como soluções milagrosas para a promoção de infraestruturas públicas, sem avaliarem as consequências orçamentais a longo prazo das suas próprias decisões, constituindo uma lacuna de expectativas – a diferença entre o que é prometido ou esperado pelos políticos, por um lado, e o que eles podem efetivamente realizar, por outro. É aqui que as razões e os incentivos a curto prazo dos decisores políticos colidem com o interesse público em geral (Willems et al., 2017).

Sabemos à partida que quando o projeto PPP é social e politicamente sensível, o parceiro público deve assegurar que o projeto PPP é viável desde o início (Ng et al., 2010), sendo que os profissionais da área indicam que vários obstáculos políticos impedem a utilização do modelo PPP, uma vez que este tipo de projetos necessitam sempre de legislação especial. Na maioria dos casos, o legislador tem de discutir longamente esta questão, antes de ser promulgada legislação para regulamentar a utilização deste modelo. Além disso, algumas agências governamentais podem mostrar resistência à mudança no contexto da adoção de uma nova abordagem de entrega/financiamento, sendo que o modelo PPP para o desenvolvimento de projetos pode não ser bem compreendido e, por vezes, pode não ser bem-recebido pelas agências governamentais que o tratam (Tang et al., 2010).

Assim, torna-se claro que objetivos específicos relacionados com a responsabilidade pública, realizações empresariais, preocupações sociais, etc. podem ser identificados e incorporados no estudo de viabilidade, juntamente com outros fatores críticos de sucesso para o projeto. A identificação e incorporação destes fatores tende a satisfazer os diversos interesses do governo, do investidor privado e da comunidade, e resulta num projeto PPP genuinamente viável e mutuamente benéfico (Ng et al., 2010).

Resumindo, sabemos que o decisor pode tomar as suas decisões, sobre quais os instrumentos a utilizar com base na tradição, intuição, ideologia ou mera familiaridade com as ferramentas (Linder & Peters, 1989), tendo como base que a política, do modelo PPP, é sustentada através de compromissos ideológicos, e não baseados na necessidade ou num historial de sucesso (Whiteside, 2011). Suportando esta ideia, (McKee et al., 2006) refere que as PPP para o fornecimento de serviços hospitalares parecem ser especialmente difíceis, pois o debate sobre os méritos das diferentes abordagens tem sido caracterizado mais por ideologias políticas do que propriamente assente em provas empíricas, existindo uma relutância em realizar avaliações aos projetos em curso ou já terminados. Em Portugal, provavelmente devido ao seu sucesso na prestação de serviços de Infraestruturas públicas de uma forma eficaz, em 2005, existia um consenso entre os partidos políticos sobre os méritos das PPP. De facto, as PPP têm sido realizadas sob uma série de governos formados por diferentes partidos políticos, embora com objetivos e ênfases diferentes, dependendo do

posicionamento político de cada partido. Em 2005, existia também um amplo consenso de que as PPP deviam ser mais desenvolvidas, tanto no setor dos transportes, onde até à data se agruparam, como também noutros setores (Monteiro, 2005).

A ação do Estado não pode ser dissociada do papel desempenhado pela população quando falamos da disponibilização de um direito fundamental (o acesso à saúde).

2.4.2. O papel da população

Tendo em conta o enquadramento do trabalho desenvolvido por Silva (2009) no âmbito da aplicabilidade dos modelos PPP à saúde em Portugal, o autor argumenta que uma intervenção do Estado tem sempre, por princípio, dois fatores: o imperativo burocrático e os atos eleitorais, onde as pressões deste ato podem levar à tomada de decisões políticas com horizontes de curto prazo. Esta tentação de aumento de influência e poderes, quando aplicada a correntes de pensamento baseadas no Estado de bem-estar, pode levar à propagação da ideia generalizada de que a maximização dos lucros por parte de um parceiro privado, que assuma o controlo de um hospital público, irá afetar negativamente a qualidade do serviço prestado aos doentes. No entanto, já existem alguns sinais que esta ideia poderá carecer de revisão, ou, pelo menos, de ser comprovada.

Taylor et al. (2002) identificam um dos sinais oriundo da experiência do Brasil, onde o número de pacientes tratados aumentou 30% após a introdução de um parceiro privado em 12 novos hospitais públicos, construídos e financiados pelo governo ou, do exemplo da Austrália, onde em 1999 o Hospital 'Mildura' foi desenhado, construído e operado (modelo *Build–Own–Operate*) por um parceiro privado em regime PPP com um contrato de 15 anos. Neste caso, o hospital público foi encerrado, sendo todos os funcionários transferidos para o novo hospital, tendo por base um contrato de estabelecimento em que a infraestrutura deveria disponibilizar os serviços clínicos sem qualquer custo para os utentes (serviço tendencialmente gratuito). Para este contrato, o governo australiano estabeleceu um regime de pagamentos ao parceiro privado por via de contrapartidas de qualidade de serviço, de acreditação internacional e auditorias externas às várias especialidades disponibilizadas pelo hospital. No fim dos 15 anos, os resultados da parceira são impressionantes, os custos de capital para a construção do novo hospital foram 20% mais baixos, comparando com o modelo tradicional, e os serviços disponibilizados tiveram um custo mais baixo em comparação com hospitais públicos de referência. Mais importante, todos os níveis de qualidade na prestação de serviços foram alcançados, o volume de pacientes aumentou 30% e, com tudo isto, o parceiro privado conseguiu obter o lucro esperado (Taylor et al., 2002).

Não obstante os exemplos de bons resultados, sabemos que a aceitação da população é indispensável; assim, o Estado nunca deverá adjudicar projetos PPP sem satisfazer as exigências e expectativas da população, sabendo à partida que os cidadãos são mais

cautelosos quanto à qualidade dos serviços, encargos, etc., quando as instalações (e.g., hospitais) ou serviços (e.g., serviços saúde) são entregues através do modelo PPP (Ng et al., 2010). Adicionalmente, resultados muito negativos do modelo PPP, tais como falências e abandono de projetos, levam ao descontentamento da população e, em última instância, dos eleitores; ou seja, os resultados negativos das PPP acabam por ser onerosos em termos políticos (especialmente se aparecerem dentro de um ciclo eleitoral), bem como de uma perspectiva negativa de bem-estar social (Boardman & Vining, 2012). Os impactos em termos sociais, designadamente ao nível da equidade, devem ser tidos em consideração, pois está em causa o acesso a bens e serviços públicos. Por inerência, os impactos sociais têm repercussões no sistema político e nos resultados eleitorais. Assim, o reconhecimento pela opinião pública do sucesso de um projeto PPP pode ser fundamental para a sua manutenção. A suportar esta ideia Goldsmith e Eggers (2004, p.122) argumentam que quando algo corre mal no cenário público, tendencialmente termina na primeira página de um jornal, transformando instantaneamente uma questão de gestão num problema político.

Para conseguirmos aferir o envolvimento da população nos modelos PPP, e as suas perceções, é crucial aferirmos a opinião da população face ao fenómeno em estudo, nomeadamente no que concerne à satisfação com o serviço prestado nos Hospitais PPP, a qualidade do serviço efetivamente prestado e o grau de literacia face ao modelo PPP. Isto, partindo do princípio de que as PPP podem ser mutuamente gratificantes para ambos os parceiros (público e privado) e, ao mesmo tempo, refletir resultados positivos sobre os utilizadores (população) (Yamout & Jamali, 2007).

2.4.3. O grau de literacia

Nutbeam (2000) define a Literacia em Saúde como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter, compreender, avaliar e aplicar a informação de forma manter e promover uma vida saudável. Para além disso promove um uso mais eficiente dos serviços de saúde disponíveis, tendo impacto a nível social; vários estudos demonstraram que o nível de Literacia em Saúde, está relacionado com os cuidados de saúde, hospitalizações, medidas globais de saúde e algumas doenças crónicas (Nutbeam, 2000). De uma forma geral o *International Adult Literacy Survey* (IALS) define a literacia em termos de níveis de proficiência na utilização da informação para funcionar na sociedade e na economia. A literacia é definida como uma capacidade e modo de comportamento particular; a capacidade de compreender e empregar informação impressa em atividades diárias, em casa, no trabalho e na comunidade, para atingir os objetivos, e para desenvolver o conhecimento e o potencial de cada um (OCDE, 2000).

De acordo com o IALS, o grau de literacia é medido operacionalmente em três domínios: literacia em prosa, literacia documental e literacia quantitativa. Assim, o grau de literacia de

uma dada população, num determinado tema, aumenta à medida que a informação sobre esse mesmo tema seja disseminada de forma clara, verdadeira e entendível para todos os níveis sociais.

O nível de literacia de uma dada população afeta diretamente as capacidades para agir sobre informações e também para uma melhor gestão da nossa própria saúde, dos familiares e das comunidades (Fawcett et al., 2010). O conceito de literacia de saúde é definido, segundo a *National Library of Medicine*, como o nível a partir do qual os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informações e serviços de saúde, e tomar as decisões necessárias. Segundo Doyle et al. (2012), existem cinco grandes vantagens face a um elevado grau de Literacia de Saúde: 1) Auto-Eficácia; 2) Promoção de Saúde; 3) Uso assertivo dos serviços de saúde; 4) Autogestão de doença e 5) *Empowerment*. Sendo certo que para o nosso trabalho, o grau de Literacia em Saúde será uma das dimensões que pretendemos medir, não deixa de ser fundamental entendermos que o uso assertivo dos serviços de saúde (incluindo Hospitais) é uma das vantagens de advém de um elevado nível de literacia em saúde.

Assim, o modelo concetual de literacia em saúde combina as competências necessárias ao processo de aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação relacionada com saúde (Sørensen et al., 2012). A competência ‘aceder’ refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informação; ‘compreender’ corresponde à capacidade de entender a informação; avaliar descreve a capacidade de interpretar, filtrar e julgar a informação; e ‘aplicar’ refere-se à capacidade de comunicar, usar a informação e tomar a decisão de manter e melhorar a saúde (Sørensen et al., 2012).

No entanto, embora os utentes tenham o direito e sejam efetivamente encorajados a fazerem escolhas ativas, por exemplo, analisando informações comparativas de qualidade sobre o desempenho do fornecedor de cuidados de saúde, não são muitos os que de facto o fazem. Fotaki et al. (2008) concluem da sua análise que a escolha entre hospitais não é uma prioridade para o público em geral no Reino Unido, noutros países europeus e nos EUA. Muitos pacientes (34-70%) confiam na escolha do seu médico de família para o encaminhamento para um médico especialista ou hospital específico e para procedimentos relativamente simples, preferem recorrer ao prestador mais próximo (Greener, 2007; Groenewoud, 2008).

Fazendo a ponte entre a ação do estado e o papel da população, um inquérito realizado em 27 países através do *Global Advisor*, a plataforma de inquérito online da Ipsos, entre 22 de março e 5 de abril de 2019, com uma amostra de 18.528 indivíduos, concluiu que, 66% da população, em 2019, não sentia que os partidos e políticos tradicionais tivessem interesse na sua situação ou preocupações, sendo que 70% considerava que a economia beneficia sempre os mais ricos e poderosos. Mais importante, em 2016, 14% da população não confiava nos partidos políticos (Tabela 13).

Tabela 13 – Inquérito Global Advisor

	Global		Latin America		USA	
	2016	2019	2016	2019	2016	2019
Do you agree or disagree with the following statements?						
Traditional parties and politicians don't care about people like me	63%	66%	71%	74%	67%	67%
Economy rigged for advantage of the rich and powerful	69%	70%	74%	76%	70%	66%
Need a strong leader to take it back from the rich and powerful	63%	64%	70%	71%	69%	66%
Confidence in Institutions: No or not very much confidence						
Political Parties	14%	<i>n.a</i>	8%	<i>n.a</i>	18%	<i>n.a</i>
Media	27%	<i>n.a</i>	32%	<i>n.a</i>	27%	<i>n.a</i>

Fonte: Eurasia based on Ipsos Global @dvisor

Fonte: Ipsos Global Advisor (2019)

Estes resultados revelam, à partida, um constante decréscimo da opinião da população face à temática política dos países e, consequentemente, face às principais preocupações das populações mundiais, incluindo a preocupação com os cuidados de saúde. Outro indicador que merece destaque, está relacionado com a perceção da população, face à necessidade de 'recuperar' o poder daqueles considerados mais 'ricos' e 'poderosos'.

A comunicação desempenha um papel fundamental no âmbito de projetos PPP, podendo representar o sucesso ou o fracasso do modelo. Uma boa comunicação pode ajudar a resolver problemas relacionados com a transmissão da informação à sociedade e na correta formação de opinião da população (Skietrys et al., 2008). Tendo em conta que o principal objetivo da maioria dos participantes do setor público (dos governos), nos modelos PPP, é o interesse político próprio e a maximização do voto e não uma maximização do bem-estar social desinteressado (Boardman & Vining, 2012), torna-se claro que quando a população é confrontada com informação que não reflete a realidade ou sendo mesmo distorcida por forma a ser menos entendível, o grau de literacia sofre um viés podendo influenciar os resultados reais obtidos pelos modelos PPP, na área da saúde.

Por exemplo, se verificarmos que é disseminada informação à população que os parceiros privados, na área da saúde, são os ditos 'Ricos' e 'Poderosos' e que o modelo PPP serve apenas para os tornar ainda mais ricos e poderosos sem qualquer retorno positivo (social ou financeiro), é natural que, aquando do ato eleitoral, a população tenda a escolher a força que se opõe a tais modelos de gestão, tal como argumentam (Boardman & Vining, 2012) quando sustentam que os resultados disfuncionais de um determinado modelo PPP levam ao descontentamento dos eleitores, ou seja, estes resultados negativos acabam por ser onerosos em termos políticos (especialmente se aparecerem dentro de um ciclo eleitoral), bem como de uma perspetiva negativa de bem-estar social. O inverso poderá também ser verdade.

Pelo exposto anteriormente, o grau de literacia tende a ter um papel crucial quando sabemos que um dos fatores de sucesso das PPP é a aceitação social, ou seja, a aceitação pela

população da entrega de um serviço público a um parceiro privado (Ng et al., 2010). Neste contexto torna-se ainda mais imperativa a realização de uma investigação que compare a informação que é transmitida à população (quer informação conceptual toldada por correntes de pensamento políticas, quer estudos teóricos sobre a eficiência e eficácia do modelo e abordagens desenvolvidas pelos meios de comunicação social) com resultados empíricos relativos à qualidade do serviço prestado e grau de satisfação dos utentes.

Como já vimos, concretamente em Portugal, no início, as PPP concentraram-se no setor dos transportes - rodovia em particular - mas o modelo começou a alastrar também a outros setores, nomeadamente ao setor da saúde (Monteiro, 2005). Assim, importa analisar o estado da arte quanto à aplicação do modelo PPP aos cuidados de saúde, mais concretamente na construção de novos hospitais e consequente prestação de cuidados de saúde em Portugal.

2.5. As PPP aplicadas ao setor da saúde

Sarmiento e Renneboog (2017) identificaram os setores cruciais onde os países terão de aumentar e melhorar a sua oferta, entre eles o setor da saúde, sendo uma oportunidade para a participação do setor privado.

A literatura atual já apresenta algumas revisões sistemáticas que resumem o conhecimento do modelo PPP aplicado à área da saúde (e.g., Hellowell, 2016; Roehrich et al., 2014; Torchia et al., 2015).

O modelo PPP combina os pontos fortes dos parceiros privados, sendo estes a inovação, o conhecimento e competências técnicas, a eficiência de gestão e o espírito empresarial, com os pontos fortes dos parceiros públicos, como a responsabilidade social, a justiça social, a responsabilidade pública e o conhecimento local, criando assim um ambiente propício ao fornecimento de infraestruturas e serviços de saúde de alta qualidade (Roehrich et al., 2014). Por via da aplicação de um modelo PPP, ambos os parceiros podem alcançar benefícios, tais como a criação de emprego, o desenvolvimento educacional, no campo da inovação e competição e o desenvolvimento de infraestruturas de saúde (Roehrich et al., 2014). No entanto, Torchia et al. (2015) argumentaram que não existe um entendimento sobre quais são os principais fatores e características que levam ao sucesso do modelo PPP, resultando na identificação de um número crescente de problemas relacionados com a implementação deste tipo de modelo. Segundo Torchia et al. (2015) o governo deve desempenhar o papel de regulador, em setores como o da saúde, onde a responsabilização é crítica e o interesse público está em jogo. É necessária uma participação mais ativa do governo no sentido de mitigar questões que emergem com a implementação de PPPs para a construção de hospitais, nomeadamente questões relacionadas com o custo, qualidade, flexibilidade e complexidade. Torchia et al. (2015) e Hellowell (2016) argumentaram que as PPP, no setor da saúde, não só devem preencher as lacunas no fornecimento de serviços à população e predomínio do

desenvolvimento das infraestruturas afetas aos cuidados de saúde, como devem também oferecer uma série de outros potenciais benefícios, tais como:

1. Permitir que as infraestruturas existentes sejam utilizadas com maior eficiência;
2. Permitir que os programas de saúde, geridos pelos governos, possam ser acelerados;
3. Promover a motivação, tanto dos profissionais de saúde como dos utentes;
4. Algumas partes da população precisam de ser consideradas como mercados; este pode ser estabelecido através das PPP.

No entanto, para se alcançarem estes benefícios, os projetos carecem de uma análise de risco rigorosa, de uma alocação de risco ótima, e de um foco no custo de todo o projeto e na gestão de *performance* a longo prazo. Torchia et al. (2015) argumentaram que uma das principais preocupações relacionadas com as PPP, no setor dos cuidados de saúde, é o impacto no interesse público. Para Torchia et al. (2015) os exemplos práticos, relacionados com a implementação do modelo no setor da saúde, apontam para uma redução da qualidade na prestação dos serviços. Esta redução de qualidade acontece devido ao subfinanciamento gerado pelo custo das PPP, o que fomenta cortes na prestação de serviços a fim de reduzir os défices, prejudicando assim o interesse público. Por forma a proteger o interesse público, os autores propõem que os princípios orientadores das iniciativas PPP devem basear-se no benefício para a sociedade e não no benefício mútuo para os parceiros e devem centrar-se no conceito de equidade na saúde.

Ainda de acordo com as sistematizações presentes na literatura, as provas empíricas sugerem que as PPP são promissoras, para os decisores que desejam obter maior certeza sobre os resultados, tais como custo, qualidade e volume de serviços, do que a que pode ser obtida através de mecanismos alternativos de contratação pública (Hellowell, 2016). No entanto, onde a capacidade governamental é limitada, as PPP afetas a serviços prestados nos hospitais não são suscetíveis de produzir bons resultados, em termos de custo e certeza de qualidade. Assim, é consensual, de forma teórica, os benefícios que o modelo PPP pode trazer quando aplicado aos cuidados de saúde. No entanto, não são claros os fatores que levam ao sucesso das parcerias e a evidência científica levanta algumas dúvidas quanto ao acréscimo de qualidade aferida pela aplicação do modelo. Não obstante a análise efetuada às revisões sistemáticas da literatura, importa detalhar outras investigações presentes na literatura.

Assim, McKee et al. (2006) analisaram um modelo PPP que envolveu a construção de uma unidade de saúde e a prestação contínua dos seus serviços clínicos e não clínicos, no âmbito de um sistema público de prestação de cuidados de saúde. McKee et al. (2006) argumentaram que quando há pouca contestabilidade e problemas de avaliação da *performance*, o serviço deve ser prestado num âmbito de hierarquia de gestão pública; inversamente, quando a medição e avaliação da *performance* é simples e a contratação é altamente contestável, o serviço ou bem, deve ser obtido com recurso ao setor privado. Não obstante o racional

apresentado, os méritos do modelo PPP, em comparação com o modelo tradicional de contratação, continuam a ser altamente controversos, sendo possível identificar várias questões-chave que continuam a levantar dúvidas, como o custo, a qualidade, a flexibilidade e a complexidade.

Explorando a dimensão 'Custo vs Qualidade', McKee et al. (2006) apresentaram conclusões positivas, quando comparado com o sistema tradicional, sendo mais provável que a construção de novas instalações seja executada atempadamente e dentro do orçamento, quando se aplica um modelo PPP; no entanto, estes ganhos parecem ser muitas vezes à custa da qualidade. McKee et al. (2006) concluíram que é impossível afirmar que o modelo PPP é deficiente ou se a menor qualidade resulta de uma execução de construção deficiente. Uma interpretação plausível é que a complexidade adicional das PPP torna todos os projetos, exceto os mais simples, demasiado difusos. Argumentaram ainda que a incerteza, em torno do papel e do valor dos parceiros nos cuidados de saúde, necessita de uma resolução urgente.

De Marco e Mangano (2013) concluíram que a estabilidade regulatória, a taxa de emprego, a capacidade hospitalar, a duração da construção e o período de concessão, têm uma relação significativa com a TU e sobre o investimento total da infraestrutura. De forma genérica, os autores concluíram que é possível alcançar um nível mais elevado de *VfM* em projetos hospitalares PPP, quando os mesmos são desenvolvidos dentro de um bom ambiente económico e político, a fim de estimular a concorrência e, por sua vez, diminuir a despesa pública. Adicionalmente é concluído que os hospitais de pequena dimensão, que requerem um menor esforço de construção, quando concedidos por longos períodos, são mais suscetíveis a obterem melhores resultados de exploração, suportando um nível mais baixo do risco de construção e, por sua vez, têm uma quantidade mais baixa de TU.

No mesmo âmbito, Mudyarabikwa et al. (2017) examinaram os pressupostos sobre as atividades de uma PPP e o seu papel na melhoria dos contratos públicos de cirurgias e de cuidados de saúde primários. Os autores argumentaram que o sucesso das PPP depende da capacidade dos participantes privados em i) avaliar a forma como os pressupostos das PPP acrescentam valor às suas atividades; ii) avaliar a eficácia desses pressupostos aplicados às atividades previstas, e iii) preparar o alinhamento dos seus princípios comerciais com os objetivos governamentais para as PPP. Mudyarabikwa et al. (2017) concluíram que ao dar mais discrição aos parceiros públicos do que aos privados, sobre decisões críticas, pode ajudar a assegurar que os pressupostos nas atividades de PPP culminem em resultados que correspondam aos benefícios de saúde previstos. Concluíram ainda que as características das PPP, por si só, podem não explicar adequadamente o porquê e como podem não produzir benefícios quando aplicadas à saúde. De facto, os parceiros privados trazem novas competências e conhecimentos importantes, mas a forma como interpretam os pressupostos

das suas atividades facilita o seu desempenho, tornando-se muito mais útil para alcançar os benefícios previstos em matéria de saúde.

Visconti e Morea (2019) propuseram-se a estudar como os modelos ‘*Big Data*⁵’ podem melhorar a qualidade e a atualidade da informação nos investimentos em infraestruturas de cuidados de saúde em regime PPP, tornando-os mais sustentáveis, e aumentando a sua eficiência global. Apesar das vantagens já identificadas, é possível identificar, neste estudo, as seguintes questões principais relacionadas com a utilização do modelo PPP: a) complexidade, em termos de conceção da transação e de redação da documentação necessária; b) os custos mais elevados do empréstimo, em comparação com o financiamento convencional; c) morosidade na negociação dos acordos de financiamento e de operação. O estudo concluiu que quando os parceiros públicos e privados interagem através da ligação em rede de grandes dados e bases de dados interoperáveis, aumentam a co-criação de valor, melhorando a relação custo-benefício e reduzindo o risco. Adicionalmente, os autores argumentaram que os grandes dados estão disponíveis em termos massivos a partir de diferentes fontes e em tempo real, sendo provável que tenham um impacto notável no planeamento e gestão das PPP no setor da saúde, com *feedback* contínuo e sintonia que reduz o risco e melhora a relação custo-benefício e a resiliência a choques externos.

O conhecimento académico, relativo à aplicação do modelo PPP aos cuidados de saúde, continua a ser grande motivo de discussão. Se por um lado as análises teóricas e conceptuais aferem grandes benefícios quanto à qualidade dos serviços prestados e quanto à redução dos custos, existe uma grande lacuna no que concerne a provas empíricas que corroborem a retórica das PPP. Podemos concluir que as envolventes políticas e sociais (satisfação e qualidade do serviço) representam as dimensões mais críticas quanto ao peso num possível resultado final. Assim, concluímos que a qualidade percebida pelos utentes e a satisfação com o serviço prestado, representam outras das problemáticas inerentes ao nosso tema de investigação.

2.5.1. A qualidade e a satisfação com os serviços clínicos

Os cuidados de saúde são um dos setores com maior crescimento, no que diz respeito à economia de serviços (Andaleeb, 2001), fazendo com que cada vez mais a satisfação dos utentes e a qualidade do serviço sejam encarados como fatores críticos no planeamento estratégico dos processos de gestão das unidades de cuidados de saúde.

De acordo com Calu et al. (2011), a diminuição significativa dos recursos públicos, atribuídos aos sistemas de saúde, a migração dos profissionais de saúde, o aumento do número de pacientes e a complexidade das doenças, são os principais fatores que têm um

⁵ Conjunto de informações presentes nas bases de dados de servidores e empresas, que podem ser acedidas e possuem interligações entre si.

impacto negativo sobre a qualidade dos serviços clínicos e, consequentemente, no desempenho dos hospitais públicos. Adicionalmente, os mesmos autores argumentaram que os governos, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, enfrentam problemas relacionados com o aumento dos custos dos cuidados de saúde e do aumento das expectativas da população relativamente à prestação de serviços de saúde, sendo que os países desenvolvidos registam um crescimento da sua população idosa (Dalton-Jez et al., 2012).

A extensão das responsabilidades dos setores público e privado podem variar consideravelmente entre as várias tipologias do modelo PPP; contudo, o setor público mantém a responsabilidade de decidir sobre os serviços a serem prestados, os padrões de qualidade e de desempenho desses serviços, e de tomar medidas corretivas necessárias, caso a qualidade e/ou o desempenho ficar aquém das expectativas (Akintoye et al., 2003). A reforçar esta ideia, Visconti (2014) argumentou que o *VfM* do setor público, especialmente em setores sensíveis como os cuidados de saúde, é fortemente afetado pela qualidade e desempenho, juntamente com a minimização (quantitativa) dos custos; por outro lado, o apuramento do *VfM* privado é impulsionado pela maximização do lucro, sendo que os investidores privados consideram a qualidade como um custo, não como um objetivo, embora o custo da qualidade seja reconhecido no sentido de produzir poupanças na manutenção. Sabendo também que a qualidade do serviço pode ser afetado negativamente quando o mesmo parceiro é responsável pela construção e operação de uma determinada infraestrutura (ex. Hospital), uma vez que o melhor construtor não é necessariamente o melhor parceiro para operar ou prestar o serviço, fica restringida a contestabilidade e a concorrência (Mota & Moreira, 2015).

A qualidade dos serviços de saúde baseia-se, tradicionalmente, em normas de prática profissional, mas a perceção dos doentes, acerca dos cuidados de saúde, tem sido predominantemente aceite como o indicador importante para medir a qualidade dos cuidados prestados e como uma componente crítica da melhoria do desempenho e da eficácia clínica (Sahin et al., 2007). Também já Donabedian (1988) argumentava que a qualidade em saúde será um julgamento acerca da componente técnica e das características positivas das relações interpessoais, entre o utente e os profissionais, distinguindo-a em três grandes componentes: a) Aspectos técnicos - referentes ao conhecimento médico no diagnóstico e tratamento; b) Aspectos interpessoais - capacidade de interação com os utentes; c) Aspectos de afabilidade - incluem as condições hoteleiras/conforto das unidades de saúde. O mesmo autor argumentou que a qualidade em saúde pode ser dividida em duas vertentes: a qualidade técnica e a qualidade que é percebida pelos doentes. A primeira diz respeito à qualidade técnica dos serviços efetivamente prestados, ou seja, é relativa à competência do diagnóstico feito pelos profissionais de saúde e ao resultado do tratamento. Por outro lado, a qualidade na perceção

dos doentes está relacionada com a sua satisfação com os cuidados de saúde que lhe foram prestados (Yang & Zeng, 2014).

Assim, o recurso aos resultados clínicos da prestação de cuidados de saúde, como um critério de avaliação de qualidade, traz vantagens, sendo que a sua validade como dimensão da qualidade é raramente questionada (Nunes, 2020).

Devido à participação do setor privado, os bens, dados e propriedade intelectual do governo podem ser utilizados de forma mais produtiva, o que leva a uma melhoria substancial da qualidade das instalações e serviços públicos (Edkins & Smyth, 2006). Por outro lado, através do uso adequado das competências, experiência, tecnologia e inovação do setor privado, os serviços públicos podem ser prestados de forma mais satisfatória (Tang et al., 2010; Yamout & Jamali, 2007). Tal pode traduzir-se num comportamento intencional do paciente para voltar e recomendar uma dada unidade de saúde (Elleuch, 2008), sendo que a relutância dos utentes pode afetar a perceção da qualidade do serviço (Bendapudi & Leone, 2002), que por sua vez influencia, de forma crítica, a escolha do prestador de cuidados de saúde (Woodside et al., 1989) e a escolha dos hospitais pelos utentes (Lynch & Schuler, 1990). Esta ideia é suportada por Skietrys et al. (2008) que argumentaram que os participantes nas PPP são obrigados a aceitar novos valores, tais como uma competitividade controlada, um ênfase nas necessidades da população, e a implementação de sistemas de responsabilidade e qualidade. Assim, o bem-estar da comunidade deverá estar na primeira linha da gestão moderna (Carvalho, 2009).

Outro motivo para a prestação, pelo setor público, do serviço de cuidados de saúde é que eles podem ser monopólios ‘naturais’⁶, exigindo alguma fonte de intervenção pública, por exemplo no seu fornecimento, por forma a assegurar a prestação do serviço a toda a população. Além disso, estes serviços geram externalidades positivas; por outras palavras, a prestação de serviços de saúde levam a uma população mais saudável tendo um impacto positivo na redução do absentismo e aumento da produtividade e crescimento económico (Sarmiento & Renneboog, 2017; Sachs, 2007).

Assim, e para ser possível aferir a qualidade do serviço prestado pelos Hospitais PPP ou EPE, os serviços afetos à prestação de cuidados de saúde exigem uma gestão eficiente por parte do parceiro responsável pela sua disponibilização (público ou privado), no sentido de aumentar a sua eficácia tendo em conta possíveis limitações ao nível dos recursos disponibilizados, que podem não satisfazer as exigências impostas pela população (Padma et al., 2010). A literatura apresenta uma análise aos setores da saúde em vários países, indicando que devido à ineficiência técnica e de gestão nos hospitais, grandes despesas recorrentes

⁶ Um tipo de monopólio que se forma devido a forças naturais do mercado, tendo por base a existência, normalmente, de elevados custos fixos ou de fortes economias de escala, que se transformam em barreiras à entrada de novas empresas nesses mercados.

levam a um grande desperdício de recursos (Tabish, 1998). Por exemplo na Roménia, a ausência de regulamentação do modelo PPP, aplicado aos hospitais públicos, bem como as modificações contínuas na estrutura organizacional dos hospitais não têm limitado o papel das PPP na melhoria da qualidade dos serviços prestados e na universalidade e na acessibilidade da população aos serviços, bem como na melhoria do desempenho dos hospitais (Calu et al., 2011).

A satisfação dos utentes e a qualidade do serviço prestado pelas unidades de cuidados de saúde são dimensões críticas nos processos de planeamento estratégico, tendo em conta o aumento da literacia tecnológica dos utentes, que estão nesta altura mais informados do que nunca (Carvalho, 2009); se não estiverem satisfeitos, tenderão a procurar outros prestadores de cuidados de saúde (Roshnee, 2008). No caso dos hospitais PPP, o nível de satisfação dos utentes torna-se ainda mais importante tendo em conta o cumprimento de um dos requisitos dos projetos PPP – Obtenção de benefícios sociais para a população. Ora, o que a teoria nos diz relativamente à relação entre a qualidade do serviço prestado e a satisfação dos utentes, é que existe uma relação inversa entre a qualidade do serviço e a satisfação dos utentes, estando divididas em duas categorias: a primeira refere que um utente satisfeito leva a uma boa perceção da qualidade do serviço (Bolton & Drew, 1991) e a segunda recomenda que a qualidade do serviço leva à satisfação do utente (Cronin Jr & Taylor, 1992; Spreng & Mackoy, 1996). Estas duas categorias confirmam que existe uma forte correlação entre a satisfação do utente e a qualidade do serviço (Kazemi et al., 2013).

Adicionalmente outros autores aferiram a ligação da qualidade do serviço à satisfação do utente (e.g., Cronin & Taylor, 1992; McAlexander et al., 1994), ao valor e satisfação (Cronin et al., 2000) e intenção comportamental (Headley & Miller, 1993; Zeithaml et al., 1996). A literatura define a qualidade do serviço como um julgamento ou atitude global relacionada com a excelência ou superioridade global do serviço (Parasuraman et al., 1988). Adicionalmente, a qualidade do serviço é definida como sendo a avaliação da qualidade global do serviço de um utente, através da aplicação de um modelo de desconfirmação, ou seja, a lacuna entre as expectativas do serviço e o desempenho realizado (Cronin Jr & Taylor, 1992; Potter et al., 1994). As perceções da qualidade do serviço permitem aos prestadores de cuidados de saúde detetarem serviços e processos que necessitam de melhoria, percebendo que a satisfação dos utentes pode significar uma poupança em termos de recursos, como tempo e dinheiro (Pakdil & Harwood, 2005). No entanto, as características discriminatórias dos serviços são a intangibilidade, inseparabilidade, heterogeneidade e perecibilidade. Estas características tornam os serviços mais difíceis de avaliar face a produtos, que normalmente podem ser inspecionados e avaliados quanto à sua qualidade em momento anterior à sua efetiva compra (Zeithaml et al., 1985).

A literatura sobre cuidados de saúde apresenta vários quadros conceituais no sentido de avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Kazemi et al., 2013), sendo que numa abordagem médica tradicional, os principais focos do prestador de serviços são o aumento da probabilidade dos resultados desejáveis dos cuidados de saúde, dado o estado atual do conhecimento e da tecnologia. Os estudos diferenciam dois domínios primários de gestão da qualidade dos cuidados de saúde: processo e resultado dos cuidados (Donabedian, 1978, 1988). Kazemi (2013) referiu que a maioria dos estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde não fornece um elemento de resultado abrangente, o que pode ser devido a dificuldades em medir os resultados na qualidade dos serviços de saúde. O problema da medição dos resultados dos cuidados de saúde, segundo Choi et al. (2005), poderá ser uma consequência do período muito longo entre o momento em que o serviço é prestado e a ocorrência dos resultados.

A literatura identifica ainda três razões para medir a satisfação dos utentes: 1) a satisfação do utente é o objetivo principal do prestador de cuidados de saúde; 2) a satisfação dos utentes fornece dados úteis acerca da estrutura, processo e resultados dos cuidados de saúde, e 3) os utentes satisfeitos e insatisfeitos têm várias intenções comportamentais (Boudreaux & O'Hea, 2004). Adicionalmente, a literatura apresenta provas empíricas que apoiam uma ligação causal entre a qualidade dos serviços de saúde e a satisfação dos utentes (Bowers, Swan & Koehler, 1994; Reidenbach & Sandifer-Smallwood, 1990); de realçar que a perceção do utente quanto ao serviço médico de base influencia positivamente a qualidade do serviço e a satisfação do utente; a perceção da qualidade do serviço entre os utentes influencia positivamente a sua confiança; e a perceção de confiança, entre os utentes, influencia positivamente a sua satisfação (Chang et al., 2013).

Para os prestadores de cuidados de saúde, a satisfação dos utentes leva a resultados favoráveis, tais como taxas mais elevadas de retenção de utentes e lucros mais elevados (Peyrot et al., 1993). A satisfação dos utentes também influencia a sua taxa de adesão aos conselhos e pedidos dos médicos (Calnan, 1988). Assim, a satisfação afeta positivamente o resultado das práticas médicas. Por estas razões, a avaliação da satisfação do utente tornou-se parte integrante dos processos estratégicos das organizações do setor da saúde.

No âmbito da presente investigação, torna-se claro que a razão para medirmos a satisfação dos utentes será a de que a satisfação do utente é o objetivo principal dos hospitais PPP, que têm de fornecer uma qualidade de serviço equivalente (ou superior) aos Hospitais EPE, tendo em conta que a satisfação dos utentes afeta significativamente a reputação dos hospitais na comunidade (Aragon & Gesell, 2003). Ora, à data, não é possível efetuar uma comparação da satisfação dos utentes face a Hospitais PPP e EPE, por força da ausência de avaliações por parte do Estado; esta ausência é referida pelo TC quando diz “já reiteradamente recomendada pelo TC, em anteriores relatórios de auditoria, a realização de avaliações sobre

a satisfação dos utentes em todas as unidades hospitalares do SNS, tendo em conta que deve ser esse o foco da atividade desenvolvida” (TC, 2019, p.18). Nesse sentido, Nunes (2020) apresentou um conjunto de definições (Tabela 14) que visam a clarificação de cada uma das linhas de atividade de um Hospital. Na base dos resultados operacionais obtidos, estas subdividem-se em dois grandes grupos: a) Internamento (médico e cirúrgico); b) Serviços de assistência em ambulatório (consulta externa; cirurgias, episódios de urgência e sessões de hospital de dia).

Tabela 14 – Principais linhas de atividade na produção Hospitalar

Atividade	Produção
<i>Internamento</i>	Modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão num estabelecimento de saúde, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas.
<i>Cirurgia</i>	Um ou mais atos cirúrgicos, com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por médico cirurgião em sala operatória na mesma sessão.
<i>Consulta Externa</i>	Unidade orgânico-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares.
<i>Episódio de Urgência</i>	Unidade funcional clínica de um estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde a indivíduos que acedem do exterior com alteração súbita ou agravamento do estado de saúde, a qualquer hora do dia ou da noite durante 24 horas.
<i>Hospital de Dia</i>	Unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou terapêutica, de forma programada, e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas.

Fonte: Adaptado de Nunes (2020)

Relativamente a atividades internamento e cirurgia, estas têm um impacto direto na satisfação dos utentes e consequentemente na qualidade do serviço prestado, onde as variáveis ‘educação’ e ‘tipo de unidade’ têm um impacto/peso significativo, sendo que os utentes com um nível de educação superior revelam um nível inferior de satisfação quando comparadas com as pessoas com um nível de educação inferior e os pacientes internados com recurso a cirurgia revelam um grau superior de satisfação com os cuidados que receberam, quando comparados com os pacientes internados não cirúrgicos (Sahin et al., 2007).

Por via do seu estudo, Pedro et al. (2010) analisaram os aspetos que mais contribuem para a satisfação global do utente, nomeadamente adultos com internamentos, entre 2000 e 2004, de pelo menos duas noites, concluindo que o índice de satisfação global apresentou uma média de 59,93%. Os autores identificaram que a variável ‘informação’ como um aspeto em relação ao qual os utentes se revelam descontentes e cujo peso na qualidade apercebida é elevado, e que as variáveis ‘nível de estudos’, ‘número de internamentos anteriores no

mesmo hospital’, ‘experiência anterior na consulta externa ou na urgência’, e ‘tempo de internamento’ influenciam significativamente o índice de satisfação global.

2.5.2. As PPP na saúde pelo mundo

No sentido de aferirmos o estado da arte e as conclusões empíricas, relativas à implementação de modelo PPP pelo mundo no setor da saúde, analisámos uma vasta seleção da literatura. Esta seleção permitiu-nos entender os sucessos e insucessos do modelo, quando aplicados à saúde, e bem assim os caminhos apontados pela literatura para novas linhas de investigação.

Assim, Calu et al. (2011) levaram a cabo uma investigação empírica sobre a perceção das PPP nos hospitais públicos da Roménia, com o objetivo de identificarem em que medida o modelo PPP é uma alternativa que permite a melhoria do desempenho dos hospitais públicos. Para os autores, independentemente da tipologia PPP aplicada, esta não irá melhorar o desempenho das entidades do setor público, a menos que proteja os interesses dos utentes e encoraje o setor privado a descobrir um equilíbrio na gestão da parceria com eficácia e dinamismo. Calu et al. (2011) concluíram que as PPP, na Roménia, melhoraram o desempenho dos hospitais públicos, independentemente do número de camas, do número de pacientes, dos indicadores de complexidades dos episódios, do tempo médio de espera por cirurgia ou valor das despesas em enfermaria.

Dalton-Jez et al. (2012) examinaram as PPP no Canadá, concluindo que existiu uma falha de comunicação com a população aquando da abertura de um novo Hospital em regime PPP. De forma mais generalizada, concluíram existirem uma série de problemas graves, no que diz respeito ao projeto PPP analisado; no entanto, nenhum dos problemas foi o resultado direto da participação do setor privado por via da adoção do modelo PPP.

Dutta e Lahiri (2015) construíram um índice relativo a infraestruturas de saúde e um índice para a prestação de cuidados de saúde, aplicados a diferentes estados da Índia. Os autores argumentaram que as insuficiências em termos de abrangência, acesso e acessibilidade, simultaneamente com os custos crescentes em cuidados de saúde, agravaram o problema social na Índia, sendo que a aplicação do modelo PPP parece ter um enorme potencial para aliviar esse impasse. Dutta e Lahiri (2015) concluíram que as infraestruturas de saúde *per si* não garantem necessariamente o cumprimento dos objetivos governamentais, a menos que estas sejam acessíveis à população que delas mais necessitam. Assim, argumentaram que a solução para o problema dificilmente será encontrada utilizando apenas os recursos públicos, sendo o modelo PPP, aplicado no setor da saúde, uma saída eficiente.

Caballer-Tarazona e Vivas-Consuelo (2016) argumentaram que a coexistência dos dois modelos – PPP e Hospitais públicos, no mesmo território, exige uma análise profunda para adotar critérios racionais na tomada de decisões sobre a adequação de cada modelo. Assim, Caballer-Tarazona e Vivas-Consuelo (2016) efetuaram uma análise comparativa entre os

hospitais públicos e o modelo PPP (Alzira) com o objetivo de identificarem possíveis pontos fortes e fracos em ambos os modelos e estabelecerem bases para decisões racionais, sobre a adequação de cada modelo. Os resultados mostraram que o modelo PPP apresenta alguns pontos fortes em comparação com os hospitais públicos, dando um melhor desempenho em algumas das variáveis estudadas. Verificou-se também que os hospitais PPP melhoram alguns indicadores de qualidade, tais como a redução dos atrasos nas listas de espera. No entanto, os autores também encontraram algumas áreas de menor clareza neste tipo de colaboração. Assim, os resultados não foram suficientemente conclusivos para aclamar claramente o modelo PPP, devido à descoberta de pontos fortes e fracos, tanto no modelo público como no modelo PPP.

Recentemente, em Espanha, o Modelo PPP, denominado 'Alzira', chegou ao seu fim, o que levou à necessidade duma avaliação *ex post* do modelo. Comendeiro-Maaloe et al. (2019) comparam o desempenho do ciclo de vida do modelo PPP-Alzira com prestadores de serviços semelhantes, analisando o desempenho do modelo PPP-Alzira entre 2003 e 2015, comprando os resultados com todos os pares públicos do SNS. Comendeiro-Maaloe et al. (2019) concluíram que, em comparação com os pares públicos, o desempenho do modelo PPP-Alzira, em 2015, foi estatisticamente pior do que o *benchmark* na maioria dos indicadores. No entanto, o seu desempenho foi um dos melhores no SNS em termos de mortalidade ajustada após Intervenção Coronária Percutânea. Concluíram ainda que o modelo PPP não teve, de uma forma geral, um desempenho superior ao dos prestadores de cuidados públicos, embora em algumas áreas, os seus desenvolvimentos tecnológicos tenham sido notáveis.

Ainda no âmbito das avaliações internacionais ao modelo PPP, Hashim et al. (2016) investigaram os desafios associados à prestação de serviços de gestão de instalações no âmbito das PPP para serviços de saúde na Malásia. O estudo resultou numa série de quatorze desafios que devem de ser encarados aquando da implementação de modelos PPP afetos a serviços de saúde. A criação de um modelo específico adequado para a gestão do risco PPP, é identificado como o desafio mais significativo, seguido pela dificuldade em alcançar acordos e a complexidade do projeto. Os autores argumentaram que um acordo PPP para a gestão de um hospital pode assegurar um valor acrescentado, ter um impacto positivo na qualidade do serviço e na imagem corporativa do setor da saúde. Os autores identificaram os desafios que os parceiros enfrentam neste tipo de parceria, nomeadamente relativos ao risco, ao custo, à complexidade, à conceção, à responsabilidade e à formalização do contrato. Assim, Hashim et al. (2016) recomendam que as partes interessadas, que já têm ou estão a considerar envolver-se em projetos PPP para serviços de saúde, devem inicialmente endereçar e mitigar os desafios identificados, no sentido de evitar qualquer ineficiência na prestação do serviço.

Eicher (2016) argumentou que a fase mais importante para distinguir entre os diferentes modelos de investimento em infraestruturas é a fase de financiamento. O autor concluiu que

a incerteza da mudança tecnológica, desempenha um papel importante na ocorrência de um resultado e de uma decisão que favorece um modelo de investimento em ativos orientado para a modelo PPP, sendo que se um investimento tem uma elevada incerteza tecnológica e o ativo hospitalar tem uma elevada especificidade, os hospitais públicos, com elevado poder de negociação, parecem escolher um modelo orientado para uma PPP. Tendo em conta as conclusões anteriores, existem duas combinações robustas de fatores que favorecem modelos de investimento em ativos orientados para a subcontratação, ou seja, para o modelo PPP. A primeira combinação é a alta incerteza da mudança tecnológica e a baixa especificidade dos bens humanos em combinação com o baixo poder de negociação. A segunda combinação robusta é a elevada incerteza tecnológica e a elevada especificidade dos ativos em combinação com a propriedade privada e o baixo poder de negociação (Eicher, 2016).

Gera e Rubtcova (2018) tiveram como objetivo o de mostrar a influência da implementação do modelo PPP nos cuidados de saúde, particularmente na Rússia. Os autores argumentam que os benefícios do modelo PPP são claros, sendo que as tecnologias inovadoras ajudam a diminuir o número de mortes, a reduzir o número de pessoas portadoras de deficiências, a aumentar a esperança de vida e a capacidade de trabalho da população. Adicionalmente concluíram que os resultados demonstraram que o modelo PPP tem algum sucesso económico.

Gharaee et al. (2019) analisaram a política inerente ao modelo PPP, nos cuidados de saúde primários, centrando-se na experiência da província 'Azerbaijão Oriental' do Irão. Os resultados do estudo indicaram que o principal objetivo da política PPP seria o de estender os serviços de saúde às áreas marginalizadas do país e a redução dos pagamentos extraordinários. De acordo com os resultados do estudo, a principal razão para a conceção e implementação do modelo PPP, no serviço de saúde no país, foi a ineficiência do setor público em fornecer, de forma efetiva, os serviços de saúde a toda a população.

Kosycarz et al. (2019) analisaram e avaliaram as barreiras e as oportunidades para a melhoria do estado dos hospitais públicos na Polónia, através do modelo PPP. Os autores argumentaram que existem várias oportunidades de colaboração entre os setores privado e público, tais como a participação conjunta de parceiros privados e públicos num hospital. Contudo, existem barreiras significativas ao desenvolvimento do modelo PPP, tais como contratos de curto prazo com pagamentos públicos e um nível muito baixo de subfinanciamento para serviços de saúde. Kosycarz et al. (2019) concluíram que os principais fatores que podem afetar o sucesso das PPP no mercado polaco são: a) alterações ao contrato com o pagador dos serviços de saúde; b) estabilidade das condições económicas e legais; c) a afetação inadequada do risco; d) a experiência suficiente de ambas as partes; e) utilização de um parceiro privado com reputação e competente, e com capital inicial suficiente. Os autores argumentaram que a motivação financeira é a razão mais comum para o desenvolvimento dos

modelos PPP. Para as empresas privadas, os mecanismos financeiros podem ser diretos ou indiretos, mas para os hospitais públicos, a reconstrução e as formas inovadoras de gestão em geral devem ajudar a controlar os custos e a melhorar os serviços hospitalares. Assim, se corretamente formuladas e geridas, as PPP podem proporcionar uma série de benefícios ao setor da saúde pública, e duas das mais importantes parecem ser a redução dos encargos financeiros do setor público para o desenvolvimento de infraestruturas, e a partilha de riscos entre parceiros. Ao examinar diferentes experiências de diferentes modelos de PPP em vários países, Kosycarz et al. (2019) argumentaram que as influências legais, culturais e sociais são de grande importância para o sucesso das parcerias. Adicionalmente, os autores argumentaram que a implementação de PPP no setor hospitalar público, apesar de alguma controvérsia, tem implicações positivas e tem vindo a ser amplamente aceite.

Finalmente, importa analisar o estudo levado a cabo por Yang et al. (2020) na China. Os autores referem que no final de 2018, as dívidas dos governos locais na China atingiram 18,4 triliões de yuan, em simultâneo com uma enorme pressão para gastar mais em despesas de saúde social. Assim, o estudo teve como objetivo examinar os fatores que afetam a intenção e o comportamento do envolvimento do setor privado no SNS Chinês por via da aplicação do modelo PPP. Yang et al. (2020) concluem que o modelo *Build-Operate-Transfer* (BOT) poderá promover o entusiasmo da participação do capital privado no SNS Chinês, isto porque várias empresas do setor privado são maioritariamente direcionadas à atividade da construção.

Tendo em conta as experiências práticas, da aplicação do modelo PPP na saúde pelo mundo, concluímos que a maioria revelou resultados positivos, não só quanto ao desempenho das unidades de cuidados de saúde, mas também quanto a eficiência de custos. Sendo certo que podemos identificar vários fatores a ter em conta aquando da decisão por este modelo de contratação, nomeadamente o interesse público, a complexidade do projeto e a comunicação com a população (especialmente quando se fala em modelos PPP). Mais, os benefícios financeiros das PPP mostram que as poupanças médias de custos podem atingir os 20% (Kosycarz et al., 2019).

Assim, pode concluir-se que as principais vantagens dos modelos PPP aplicados ao setor da saúde são:

1. O aumento da relação qualidade/preço;
2. O auxílio na maximização dos benefícios do setor público e a persecução do objetivo social;
3. Permitem aos hospitais obterem fontes alternativas de capital;
4. Permitem melhorar a qualidade dos projetos implementados;
5. Limitam a dívida pública;
6. Transferem parte da responsabilidade para o parceiro privado, e

7. Permitem a introdução da concorrência em setores até agora cobertos pelo monopólio público.

Tendo em conta as experiências da aplicação do modelo PPP pelo mundo, no setor da saúde, importa examinar os resultados já verificados em Portugal.

2.5.3. As PPP na área da saúde em Portugal

Segundo Barros (2011) a inovação dos processos de gestão, aplicados a organizações de saúde, tende a promover a sustentabilidade financeira, dado que esta tem como objetivo conseguir atingir os mesmos resultados com os recursos estritamente necessários. Este combate ao desperdício é uma das vantagens que resulta dos novos processos de gestão e contribui para a melhoria do desempenho e da sustentabilidade do setor da saúde (Barros, 2011).

Atualmente, todos os governos do mundo, incluindo o de Portugal, enfrentam desafios no que diz respeito ao aumento dos gastos com a saúde e com as restrições dos respetivos orçamentos públicos. Estas restrições, levaram os governos a procurarem várias abordagens, no sentido de limitarem os seus custos e aumentarem o investimento no setor da saúde, através de parcerias entre os setores público e privado (Mitchell, 2003).

Os financiamentos privados representam um benefício para o parceiro público, pois as verbas afetadas ao desenvolvimento de um determinado hospital público não estão incluídas na dívida e no défice da administração pública (de acordo com a Decisão n.º 18/2004 do Eurostat), o que representa uma saída para os governos que pretendem aumentar o investimento na saúde sem colocar em causa o défice do país.

Já abordámos, de modo geral, as várias tipologias de PPP na secção 2.2.2, no entanto, no setor da saúde, estas podem assumir diversas formas, dependendo do grau de responsabilidade e risco dos setores público e privado. Assim Taylor e Blair (2002) e McKee et al. (2006) propõem nove modelos diferentes de participação (gestão) privada em hospitais públicos (Tabela 15).

Se analisarmos especificamente os estados-membros da EU, verificamos que de acordo com o relatório (EAHC 2013), são definidos sete tipos de PPP no setor da saúde (Tabela 16), sendo a principal distinção entre os que incluem apenas infraestruturas e serviços intermediários, e os que incluem a prestação de serviços clínicos.

Tabela 15 – Variantes comuns do modelo PPP no setor da saúde

Variantes do Modelo	Parceiro Privado	Parceiro Público
<i>Outsource services</i>	Prestação de serviços: apenas não clínicos, apenas clínicos ou ambos.	Gestão do Hospital
<i>Operate</i>	Responsável pela gestão do hospital sob contrato com o governo ou seguros públicos.	Operador privado remunerado pelos serviços prestados
<i>Build–own–operate</i>	Financia, constrói e opera hospital com ou sem prestação de serviços clínicos	Reembolsos de custos de capital, prestação de serviços clínicos ou pagamento a um operador privado pelos serviços prestados.
<i>Build–own–leaseback</i>	Financia, constrói e arrenda ao governo	Gere o hospital e paga as prestações do arrendamento. Presta serviços clínicos.
<i>Own private part within public hospital</i>	Opera ala privada para utentes particulares.	Gere o hospital, mas partilha os custos, o pessoal e o equipamento com o parceiro privado.
<i>Purchase public hospital</i>	Compra a infraestrutura e funciona sob contrato com o governo.	Paga ao parceiro privado pelos serviços prestados.

Fonte: Tabela adaptada de Taylor e Blair (2002), e McKee et al. (2006)

Tabela 16 – Modelos PPP no Setor da Saúde nos Estados Membros EU

Tipo PPP	Principais Características
Tipo 1 - Modelo de alojamento	Gestão da infraestruturas e instalações hospitalares.
Tipo 2 - Modelo de alojamento	Semelhante ao Tipo 1, mas o SPV (<i>Special Purpose Vehicle</i>) pertence inteiramente, desde o início, ao setor público.
Tipo 3 - Modelo alargado de alojamento	Semelhante ao Tipo 2, incluindo a gestão de TI, o fornecimento, instalação e manutenção de todo ou parte do equipamento medico.
Tipo 4 - Modelo Twin-SPV	<i>Joint venture</i> com empresas de infraestruturas e serviços clínicos separadas (ex. Hospital Cascais).
Tipo 5 - Modelo de alojamento e Serviço	Infraestrutura hospitalar especializada em "monoproduto", incluindo Gestão de Instalações e prestação de serviços médicos. (ex. centros de dialise).
Tipo 6 - Modelo de prestação de serviço total para serviços secundários de saúde	Hospitais distritais, incluindo a Gestão de Instalações e Prestação de Serviços médicos. (ex. maioria dos hospitais na Alemanha).
Tipo 7 - Modelo de prestação de serviços completos de cuidados de saúde terciários, incluindo ensino e IeD	Infraestrutura Hospital Universitário, incluindo a Gestão das instalações e Serviços Clínicos. (ex. Berlim Buch/Helios ou GiesseneMarburg/Rhon).
Tipo 7 - Modelo de prestação de serviços a todos os níveis dos cuidados de saúde	Hospital Integrado e Cuidados Primários (ex. Ribera Salud/Alzira).

Fonte: Tabela adaptada de EAHC (2013)

Em Portugal, e de acordo com o Ministério da Saúde, o setor da saúde foi pioneiro no estabelecimento de Parcerias Público-Privadas, tendo como objetivo o de promover formas inovadoras de partilha do risco para a prestação de cuidados de saúde, como novas experiências de gestão, bem como a participação do setor privado na conceção, construção, financiamento e exploração de unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Ainda de acordo com a apresentação dos serviços Hospitalares pelo Ministério da Saúde, apesar do investimento e exploração das unidades de saúde PPP serem privadas, como hospitais integrados no SNS, o acesso aos serviços clínicos é o mesmo disponível nas restantes unidades hospitalares (EPE) do setor público, ou seja, os utentes mantêm os direitos e deveres

previstos no acesso ao SNS (Ministério da Saúde, 2019). As Administrações Regionais de Saúde (ARS) assumem o papel do Estado enquanto entidade contratante das PPP. À data, em Portugal, os seguintes Hospitais operam em regime PPP: Hospital Beatriz Ângelo, em Loures; Hospital de Braga (cessou em 2019); Hospital de Cascais Dr. José Almeida; Hospital de Vila Franca de Xira.

As parcerias institucionais requerem a criação de uma nova entidade, designada por *joint-venture*⁷, que assume a responsabilidade por um determinado projeto, tendo a participação de capitais públicos e privados. A cargo da nova entidade fica a prestação do bem ou serviço, ou a construção de determinada infraestrutura (Firmino, 2014). Deste modo, o projeto é desenvolvido conjuntamente pelos setores público e privado, que assumem em simultâneo a responsabilidade da prestação de serviços (Cordeiro, 2008). Esta relação entre as entidades públicas e privadas é estabelecida através de uma sociedade dotada de personalidade jurídica, na qual o setor público mantém o controlo das operações, visto que pertence ao conjunto de acionistas ou dos órgãos de decisão. Em Portugal, maioritariamente, as PPP estabelecidas entre a administração central do Estado e os parceiros privados integram um modelo do tipo contratual, que podem ser divididos em dois modelos distintos, as concessões e as parcerias, que têm por base o modelo *Private Finance Initiative* (PFI) (Pinto-Faria, 2015).

O modelo PPP, adotado na saúde em Portugal, é do tipo contratual, com base na elaboração de um contrato de gestão entre o Estado e o parceiro privado, sendo que as atividades desenvolvidas pela entidade privada vão desde a conceção e construção da infraestrutura, até à gestão da unidade hospitalar e à prestação dos serviços clínicos (Nunes, 2020). Como argumenta Iossa e Saussier (2018), a Nova Diretiva Europeia sobre Concessões (Diretiva 2014/23) contribuiu significativamente para uma contratação mais apropriada do modelo PPP, ao exigir que os contratos transfiram o risco operacional para o contratante, o que, muitas vezes, não tem sido feito na prática. No entanto, se esta norma terá o poder de alterar a implementação das PPP em Portugal é algo que só poderemos avaliar após a transposição das diretivas para a lei nacional e a sua aplicação. Relativamente ao modelo contratual implementado em Portugal, o Ministério da Saúde (2019) define que o mesmo se baseou num contrato de gestão para a conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos edifícios hospitalares, incluindo a prestação dos cuidados de saúde (Figura 9), indo ao encontro da ideia de que um acordo de parceria para a exploração das infraestruturas pode assegurar valor acrescentado e dar um grande impacto positivo na qualidade do serviço e na imagem corporativa dos setores da saúde (Hashim et al., 2016).

⁷ “Arrangements through which firms jointly acquire technical knowledge” (Link & Bauer, 1989). “Partnerships in which the public and private sector partners pool their assets, finance and expertise under joint management, so as to deliver long-term growth in value for both partners” (Hardcastle & Boothroyd, 2008).

Dada a abrangência e a natureza distinta do conjunto de atividades que compõem o objeto deste tipo de contratos, a parceria concretiza-se e desenvolve-se através de duas entidades gestoras com responsabilidades diferentes e delimitadas, num quadro de articulação e complementaridade. Com vocações operativas claramente diferentes, o contrato tem também horizontes temporais distintos para cada uma das duas entidades gestoras, mecanismos de pagamento igualmente distintos, gerando fluxos de pagamento independentes, de modo a permitir uma adequada afetação entre as duas entidades gestoras dos riscos transferidos pela entidade pública contratante. Assim, cada uma das componentes destes contratos PPP é implementada:

1. Por uma Entidade Gestora do Estabelecimento (EGEST), que assume a aquisição e financiamento do equipamento médico necessário ao funcionamento da unidade hospitalar e a gestão da prestação dos serviços clínicos durante um período de 10 anos.
2. Por uma Entidade Gestora do Edifício (EGED), que assume a prestação dos serviços infraestruturais durante um período de 30 anos, sendo responsável pela conceção, construção, financiamento e manutenção do edifício. (Ministério da Saúde, 2019).

Figura 9 – Modelo Contratual PPP Saúde | Portugal



Fonte: Ministério da Saúde (2019)

Relativamente à EGEST, os pagamentos pelo Estado são baseados na produção clínica efetivamente realizada por grandes linhas de atividade (internamento, consulta externa, urgência e hospital de dia) e pela disponibilidade do Serviço de Urgência. Por seu turno, a remuneração da EGED, é baseada na disponibilidade da infraestrutura. Os objetivos de regulação do modelo PPP, são essencialmente os de assegurar uma correta planificação da parceria, quer ao nível da decisão de desenvolver o projeto com parceiros privados, quer ao nível da correta alocação dos riscos contratuais entre as partes. Assim, é crucial avaliar, definir

e acautelar os seguintes aspetos centrais: (i) a comportabilidade orçamental⁸ e o comparador público⁹; (ii) a correta alocação de riscos; e (iii) o evitar do risco de captura do interesse público por interesses privados (limites ao poder de modificação unilateral). No sentido de acomodar a correta planificação e consequente operação das PPP, está em vigor legislação que rege todo o ciclo de vida da uma PPP tendo por base o modelo aplicado em Portugal no setor da saúde (Tabela 17).

Tabela 17 – Definição do modelo de PPP aplicado em Portugal

Quadro da Parceria	Descrição
Modelo de PPP aplicado	DBFOT (<i>Design – Build – Finance – Operate – Transfer</i>) – Contempla a construção, financiamento, manutenção do edifício e ainda a responsabilidade de explorar os serviços clínicos, existindo transferência de propriedade para o Estado no final dos contratos.
Contratos	São estabelecidos dois contratos: - Gestão do edifício com um período de duração de 30 anos; - Gestão dos serviços clínicos com duração de 10 anos (com eventuais renovações por iguais períodos, até um máximo de 3).
Processo	Concurso público, onde se seleciona a melhor proposta (estímulo ao princípio da concorrência).
Modelo de pagamento	Para a EGED é realizado um acordo com os serviços prestados, sendo aplicadas deduções pelo incumprimento das questões previstas inicialmente no contrato; Para a EGEST, o financiamento é realizado em função da produção realizada.
Avaliação e monitorização	Avaliação prévia das necessidades em saúde, para se definir para quais destas os consórcios têm de apresentar soluções.

Fonte: Adaptado de Nunes (2020)

Em Portugal, as PPP começaram a ser desenvolvidas antes de estar definido o seu enquadramento legal e orçamental específico. O conceito de concessão, em que o Estado passa para um privado a responsabilidade de prestar determinado serviço público, tem quase um século – as Águas do Porto foram contratadas assim, mas o conceito evoluiu (Barros, 2011). Com o vazio legal ao nível das PPP, os Governos foram adotando regimes legais específicos para cada grupo de projetos, baseando-se na figura da concessão e em procedimentos tradicionais de contratação pública, embora introduzindo procedimentos por negociação, face à natureza e à complexidade contratual destes projetos (TC, 2008). A Lei de Enquadramento Orçamental (LEO) (Lei n.º 91/2001, de 20 de agosto, republicada em anexo à Lei n.º 48/2004, de 24 de agosto) estabeleceu várias obrigações no âmbito do Orçamento de Estado, sempre que se recorra ao modelo PPP, nomeadamente que o Orçamento apresente um quadro com os custos anuais expectáveis de cada PPP. A opção PPP passa a encontrar-se subordinada a uma análise de *VfM* da despesa pública (artigo 19º da Lei n.º 91/2001).

⁸ Resultado do estudo dos impactos orçamentais previsíveis, em termos de receita e de despesa, bem como das respetivas análises de sensibilidade, quer em termos de procura, quer de evolução macroeconómica.

⁹ Representa uma estimativa do custo de realização do projeto pelo setor público.

Abordaremos o regime jurídico do modelo e as etapas de avaliação de projetos e consequentemente a decisão relativa ao investimento nas secções seguintes.

Centrando-se na experiência Portuguesa, relativa à implementação do modelo PPP no setor da saúde, Matos e Nunes (2016) levaram a cabo uma avaliação dos resultados de produção com a implementação dos dois modelos (gestão empresarial e em PPP) e, analisaram qual dos modelos inovadores gerou melhores resultados de acesso e qualidade para o sistema de saúde. Os autores optaram por uma análise evolutiva dos indicadores de produção e por uma análise comparativa dos principais indicadores de acesso e qualidade entre 2013 e 2015, para um grupo de 20 hospitais EPE e 4 hospitais PPP. Matos e Nunes (2016) argumentaram que em Portugal, o programa de hospitais PPP na saúde teve como objetivos: a) melhoria do acesso aos cuidados de saúde; b) melhoria da qualidade dos cuidados com foco no melhor atendimento; c) renovação dos parques hospitalares, através das construções modernas e ajustadas à inovação tecnológica; e d) adoção de um modelo de prestação mais eficiente, económico e eficaz, cujos riscos financeiros estão alocados ao parceiro privado. Os autores apresentaram um quadro comparativo entre modelos inovadores de gestão nos hospitais portugueses (Tabela 18).

Tabela 18 – Quadro Comparativo entre modelos

Características	Hospitais EPE	Hospitais PPP
Propriedade	Pública	Privada
Estrutura de Capital	Público	Privado
Tipo de Gestão	Empresarial	Privada
Órgãos de Governação	Conselho Administração Conselho consultivo Fiscal único	Conselho Administração Assembleia geral do parceiro privado Órgãos de fiscalização
Autonomia	Normas do setor empresarial do Estado Diretivas da EU Mecanismos internos de controlo de gestão	Normas do setor privado Autonomia total com mecanismos próprios
Endividamento	Não pode exceder 30% do capital social ou estatutário (exceto com autorização da tutela)	Não Aplicável
Investimentos	Maior autonomia de gestão em definir os investimentos e inseri-los no plano de atividades aprovado pelo Ministério da Saúde	Autonomia total/depende da aprovação da assembleia geral dos acionistas particulares e não do Ministério da Saúde
Origem do Financiamento	Público	Público e Privado
Relação Contratual	Contratos-programa estabelecidos com o Ministério da Saúde (ARS)	Não se efetuam contratos-programa. Há uma produção acordada anualmente
Regime de Contratação de RH	Contratos individuais de trabalho (CIT) Contratos em funções públicas	Contratos individuais de trabalho (CIT)
Incentivos ao Desempenho	Previstos, mas não aplicados	Previstos e aplicados

Fonte: Tabela adaptada de Matos e Nunes (2016)

Matos e Nunes (2016) confirmaram que os modelos de gestão resultantes dos processos de inovação geraram melhores resultados de produção na gestão, com a criação dos hospitais-

empresa (EPE) e PPP, gerando melhores resultados de produção para o SNS. Estes resultados já eram esperados pelos autores, pois a implementação do modelo PPP foi acordado através de um pagamento em função da atividade a realizar. Desta forma, os hospitais só perdem não produzindo ou reduzindo a sua prestação. No final do estudo, os autores concluíram que, quando comparados os tipos de gestão entre si (PPP vs EPE), verificou-se que os hospitais PPP apresentaram melhores resultados em termos de qualidade e os EPE em termos do acesso, nomeadamente no cumprimento do tempo de resposta para os pacientes que aguardam uma consulta ou cirurgia. Mais tarde, os mesmos autores, efetuaram o mesmo comparativo, estendendo o período temporal a 2016. Assim, de Matos e Nunes (2019) compararam os resultados dos principais indicadores de qualidade, verificando um domínio da gestão EPE, ao nível do cumprimento dos tempos de espera para consulta e melhores resultados nas PPP em outros indicadores. Os autores argumentam que os resultados vão ao encontro da literatura, nomeadamente ao estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2016) que reconheceu as mais-valias dos resultados das PPP.

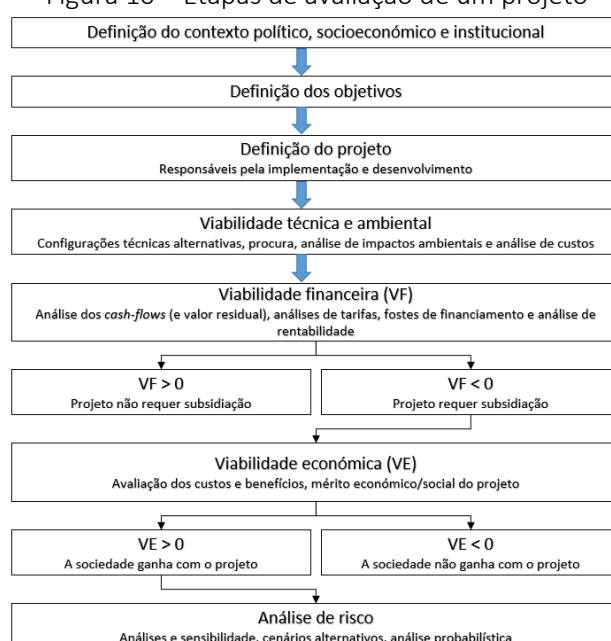
Simões e Marques (2011) avaliaram o desempenho dos hospitais portugueses e, particularmente, a contribuição do efeito de congestionamento. De notar que este estudo teve lugar antes da entrada em produção do modelo PPP nos hospitais portugueses. Assim, Simões e Marques (2011) concluíram que existem níveis significativos de ineficácia nos hospitais portugueses, particularmente algum excesso de desregulamentação dos hospitais EPE e, consequentemente, alguma ausência de responsabilização que terá permitido gastar (e desperdiçar) mais recursos. Adicionalmente, concluíram que a presença de sinais de congestionamento nos hospitais, associados a uma gestão irresponsável e a desincentivos à eficiência, pode estar relacionada com uma interferência política, problemas laborais e/ou baixa capacidade de expansão.

As restrições orçamentais e o incremento com as despesas de saúde tendem a promover a aplicação dos modelos PPP na saúde, que reconhecidamente aumentam o desempenho dos sistemas de saúde. Não obstante as várias tipologias do modelo PPP, quando aplicadas à saúde, verifica-se uma predominância das tipologias DBFOM e DBFO como é o caso do Hospital de Vila Franca de Xira que se baseou num modelo que abrangeu a conceção, construção, financiamento e exploração do hospital (TC, 2019). Em Portugal as PPP tendem a promover a inovação, a melhoria dos cuidados de saúde à população, renovação dos hospitais e aumento da qualidade da prestação dos serviços médicos. Os estudos já realizados, em Portugal, revelam que o modelo PPP apresenta uma melhor qualidade de serviço quando comparados com os Hospitais EPE.

2.6. Da escolha dos investimentos ao financiamento

Atkinson e Harrison (1974) argumentam que qualquer projeto deve ser tratado como um investimento, logo deverá estar sujeito a uma análise de custos e benefícios, permitindo ponderar todos os custos e benefícios diretos e indiretos ao longo de um determinado período. Ora, o Estado, tal como as empresas privadas, deve decidir, separadamente, quais os investimentos a realizar e os meios de os financiar. Nesse sentido, e tendo em conta as restrições orçamentais, os objetivos sociais, ambientais e políticos, o Estado deverá definir quais os investimentos que pretende levar a cabo, desenhando um portefólio de projetos claro e abrangente seguindo as etapas identificadas na Figura 10.

Figura 10 – Etapas de avaliação de um projeto



Fonte: Adaptado de Cruz e Sarmiento (2019) e Comissão Europeia (2014)

Só após a definição do portefólio de investimentos estar definido é que o Estado deverá então analisar as opções de financiamento e contratação (Cruz & Sarmiento, 2019). Ao analisar as opções de contratação, a opção por um modelo PPP não deixa de ser um gasto do Estado, logo, deverá gerar valor social. Isto implica que a sociedade deverá beneficiar com a execução dos projetos escolhidos, por outras palavras se os benefícios, indiretos e diretos superarem os custos. Esta ideia é designada por ‘Mérito Económico do Projeto’, o qual se caracteriza pela diferença entre custos e receitas, tendo sempre em consideração as alterações nas dimensões económico-socio ambiental que, no nosso caso, se centram no setor da saúde, ou seja, a melhoria das condições de saúde da população e, por consequência o aumento da esperança média de vida. Por outro lado, o ‘Mérito económico do modelo de contratação’, quer seja um modelo de contratação publico tradicional ou um modelo PPP, é definido tendo por base duas

visões distintas (Tabela 19) e o apuramento dos custos e benefícios de um projeto no setor da saúde (Tabela 20).

Tabela 19 – Visões de Avaliação do Modelo de Contratação

Lógicas de avaliação do Mérito Económico do Modelo de Contratação	
Lógica de avaliação Privada	Benefícios (B) > Custos (C)
	Benefícios Líquidos (NB) = B - C > 0
Lógica de avaliação Pública	Bem-estar Social (W) > Custos Totais (Ct)
	Benefícios Sociais Líquidos (NW) = W - Ct > 0

Fonte: Adaptado de Cruz e Sarmiento (2019)

Tabela 20 – Exemplo de tipologia de Custos e Benefícios em Projetos de Saúde

	Custos	Benefícios
Diretos	- Gastos de projeto e estudos preliminares. - Expropriações. - Investimento na Construção. - Gastos de Operação. - Gastos de Manutenção.	- Receitas em Taxas Moderadoras. - Receitas Acessórias.
Indiretos	Impactos Ambientais.	- Aumento da Esperança média de vida. - Redução da taxa de absentismo no emprego. - Acessibilidade a mais população. - Aumentos da condição geral de saúde da população.

Fonte: Adaptado de Cruz e Sarmiento (2019)

Após a avaliação do modelo de contratação e do apuramento dos custos e benefícios, o contexto relativo ao desenvolvimento de um projeto de infraestrutura (e.g., um Hospital) deverá indicar as condições existentes, a tendência socioeconómica e a envolvente política e institucional (Comissão Europeia, 2014). Relativamente às condições existentes, o projeto deverá apresentar:

1. O tipo de infraestrutura e os serviços disponibilizados em termos de extensão, qualidade, etc.
2. A perceção e expectativas da população relativamente ao projeto.
3. A informação detalhada sobre infraestruturas semelhantes existentes e índice de competitividade no setor.
4. A caracterização da procura/utilização corrente.
5. As características da demografia local, representantes da procura potencial.
6. As condições do mercado local com implicações nos custos praticados.
7. Os investimentos planeados/efetuados recentemente que possam afetar o desempenho do projeto.

8. O contexto socioeconómico, nomeadamente as tendências demográficas, o crescimento do PIB nacional e regional, a tendência de desemprego; e as previsões de índices dos setores económicos relevantes para o projeto (Comissão Europeia, 2014; Cruz & Sarmiento, 2019).

Após a análise do modelo contratual tendo com conta os projetos a executar o tipo de financiamento adotado, é imperativo levar em linha de conta o contexto político e institucional, nomeadamente no que concerne à legislação e regulamentação aplicadas ao modelo PPP em Portugal.

2.7. O regime jurídico das PPPs

Relativamente ao contexto político e institucional, deverá ser apresentada a legislação e regulamentação associadas, as estratégias e planos de desenvolvimento nacionais/regionais/locais existentes, as intervenções prioritárias nos diversos setores e os planos urbanísticos locais implementados na região. Devemos notar que a decisão por um modelo PPP ou de contratação pública é independente da tomada de decisão relativamente à execução do projeto. No caso português, a opção pelo modelo PPP, foi tomada pelo menos quatro vezes no que concerne à construção de novas infraestruturas hospitalares. Esta opção por um modelo PPP está enquadrada no regime jurídico português que tem sofrido várias evoluções desde a introdução da Lei de Gestão Hospitalar, inscrita na Lei n.º 27/2002 de 8 novembro, cuja leitura deverá ser acompanhada da análise da Lei n.º 69/2013, que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar.

Inicialmente, de acordo com artigo 2.º, n.º 1. do Decreto-Lei n.º 86/2003 uma PPP passa a ser definida como:

Um contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado (artigo 2.º, n.º 1. do Decreto-Lei n.º 86/2003).

Este enquadramento jurídico de PPP aplica-se a todas as parcerias em que o equivalente ao parceiro não público, seja uma empresa pública, uma cooperativa ou uma instituição privada sem fins lucrativos, e deverá ser fixado um limite máximo aos compromissos do Estado com as PPP (art. 31.º do Decreto-Lei n.º 86/2003). O regime jurídico evoluiu, e agora contempla a regulação da planificação das PPP, concretamente por força do Decreto-Lei n.º 111/2012, recentemente alterado pelo Decreto-Lei n.º 170/2019. De destacar o artigo 9.º, nº

1, do DL 111/2012 que contempla a obrigatoriedade de apresentação de proposta devidamente fundamentada:

Quando (...) pretenda dar início ao estudo e preparação do lançamento de uma parceria, deve apresentar ao membro do Governo responsável pela respetiva área uma proposta devidamente fundamentada, indicando, nomeadamente, o objeto da parceria, os objetivos que se pretendem alcançar, a sua fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira do projeto (artigo 9.º, nº 1, do DL 111/2012).

A Unidade Técnica de Apoio de Projetos (UTAP) apresenta-se como a entidade que assume a responsabilidade de desenvolver os trabalhos preparatórios ao lançamento de uma PPP, tal como definido pelos nº 1 e 2 do artigo 12.º do mesmo DL:

1 – Compete à equipa de projeto desenvolver os trabalhos preparatórios necessários ao lançamento da parceria.

2 – Compete, designadamente, à equipa de projeto:

- a. elaborar a justificação do modelo a adotar, demonstrando a inexistência de alternativas equiparáveis dotadas de maior eficiência técnica e operacional ou de maior racionalidade económica e financeira;
- b. elaborar o estudo estratégico e económico-financeiro de suporte ao lançamento da parceria;
- c. demonstrar a comportabilidade orçamental da parceria (...)."

O nº 1 do Artigo 6.º do indicado DL define os pressupostos de teor económico, financeiro e orçamental a verificar antes do Estado avançar com uma PPP.

1 – O lançamento e a adjudicação do contrato de parceria pressupõem:

- a. (...) benefícios relativamente a formas alternativas de alcançar os mesmos fins, (...) e que, simultaneamente, apresente para os parceiros privados uma expectativa de obtenção de remuneração adequada aos montantes investidos e ao tipo e grau de riscos em que incorrem;
- b. O estudo dos impactos orçamentais (...);
- c. O cumprimento, quando for o caso, das normas relativas à programação financeira plurianual (...);
- f. (...) análise custo-benefício;
- h. h) A adequação do prazo de vigência da parceria às circunstâncias e características específicas de cada projeto (...);

- j. (...) esforço financeiro do parceiro público (...) repartido de forma adequada à comportabilidade orçamental;
- o. (...) identificação fundamentada da origem dos respetivos fundos [que permitem suportar os encargos decorrentes de pagamentos a realizar ao parceiro privado.

Em Portugal constituem, de acordo com o Decreto-Lei nº111/2012, instrumentos de regulação jurídica das relações de colaboração entre parceiros públicos e parceiros privados:

- a) O contrato de concessão ou de subconcessão de obras públicas;
- b) O contrato de concessão ou de subconcessão de serviço público;
- c) O contrato de fornecimento contínuo;
- d) O contrato de prestação de serviços;
- e) O contrato de gestão;
- f) O contrato de colaboração, quando estiver em causa a utilização de um estabelecimento ou de uma infraestrutura já existentes, pertencentes a outras entidades que não o parceiro público (número 4, artigo 2º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio).

De acordo com a UTAP (2020), no sentido de dar cumprimento ao estipulado na alínea f) do nº 1 do Artigo 6.º, a análise custo-benefício representa a fundamentação económica do projeto. É uma ferramenta analítica que se expressa em termos monetários para medir os impactos sociais, com expressão económica, de um determinado projeto de investimento. Esta análise consiste na observação de que as decisões de investimento trazem, por vezes, consequências não desejáveis para a sociedade. A análise custo-benefício tem como objetivo o de assegurar que os recursos são aplicados no sentido da criação de valor para a sociedade (benefícios > custos), sendo assim o suporte para uma escolha da alternativa de investimento que maximiza o benefício social líquido (Benefícios Sociais Líquidos (NW) = W - Ct > 0). Sempre que utilizada, esta ferramenta contempla a execução dos seguintes passos:

- a. Identificação, quantificação e comparação dos custos e benefícios (de natureza social, ambiental, entre outros) associados ao projeto de investimento.
- b. Quantificação através da atribuição de valores monetários negativos (custos) e positivos (benefícios) aos efeitos de um projeto de investimento.
- c. Os valores são descontados, atendendo ao valor temporal do dinheiro, e somados de forma a ser apurado o benefício total líquido atual do projeto de investimento.
- d. Medida que permite a comparação de projetos de investimento alternativos.

Esta ferramenta tem, como principais objetivos, avaliar a viabilidade financeira do projeto e apurar o esforço financeiro do parceiro público e, caso aplicável, serve para efeitos de planeamento orçamental. No âmbito das políticas públicas, a UTAP afere a necessidade de suporte financeiro adicional a um determinado projeto de investimento ou, não se verificando

essa necessidade, consegue uma distribuição de meios financeiros exclusivamente pelo setor público. Para esta tomada de decisão, a UTAP recorre à utilização de uma ferramenta analítica, que utiliza valores monetários, expressando-se, tipicamente, em VAL (valor atualizado líquido, expresso em valores monetários) ou em TIR (taxa interna de rentabilidade, expressa em percentagem). Sempre que utilizada, esta ferramenta contempla os seguintes passos:

- a. Através da projeção dos fluxos de financeiros, mediante a modelação financeira das receitas e despesas, incluindo de implementação e operação, esperadas ao longo de toda a vida de um determinado projeto, será possível prognosticar se um projeto é sustentável financeiramente.
- b. Um projeto poderá revelar-se sustentável, mas, atendendo ao tipo e grau de risco incorrido pelo parceiro privado, exigir suporte financeiro para que a rentabilidade esperada atinja a adequada remuneração dos montantes investidos.

Segundo Cruz e Sarmiento (2019), a ponderação dos *cash-flows* atualizados permite o cálculo dos indicadores de desempenho económico, possibilitando o apuramento da rentabilidade final do projeto, nomeadamente o VAL e a TIR, possibilitando assim a comparação entre projetos concorrentes. Assim o VAL corresponde ao valor monetário que resulta da diferença entre os fluxos monetários de entrada e saída (fórmula 1).

$$VAL = \sum_{i=1}^n \frac{CF_i}{(1+r)^i} - I_0$$

CF = Cash-flow; I₀ = Investimento inicial

r = Taxa de atualização, ou a TIR, caso se deseje calcular r quando os CF atualizados = Investimento inicial

i = ano após investimento inicial

Importa referir que a taxa de atualização é, normalmente, uma taxa representativa do custo médio ponderado do capital, que reflete as diferentes taxas do capital próprio e do capital alheio e o peso destes no capital total. A este processo chama-se cálculo dos fluxos de caixa descontados. Diferentes valores de taxas de desconto podem resultar de diversas tendências e conjunturas macroeconómicas internacionais e específicas dos Estados, ou mesmo de aspetos relacionados com o perfil de risco do investimento e do setor em que se enquadra o projeto (Cruz & Sarmiento, 2019).

A TIR corresponde à taxa de atualização em que o VAL = 0. Assim, este indicador é utilizado em comparações com taxas de rentabilidade de outros projetos ou taxas de rentabilidade de referência fixadas pelo decisor público ou privado (Cruz & Sarmiento, 2019). Ainda no decurso do cumprimento do Artº. 12 do Decreto-Lei n.º 111/2012, a UTAP recorre a

uma ferramenta de apoio à decisão sobre o modelo de contratação de um projeto de investimento denominado de *VfM* que abordaremos no ponto seguinte.

Não obstante o apertado regime jurídico apresentado, que regula a aplicação e funcionamento do modelo PPP, em maio de 2020, foi publicado em Diário da República o Decreto-Lei n.º 23/2020, que define as regras à luz na nova Lei de Bases da Saúde e que entrou em vigor em setembro de 2019 (Lei n.º 95/2019). De acordo com este Decreto-Lei, as novas PPP na saúde terão de passar por uma avaliação mais apertada. O Decreto-Lei n.º 23/2020 estabelece que o Estado só poderá formalizar novos contratos PPP depois de se provar que a entrega a um parceiro privado ou ao setor social é a única solução, sendo que terá sempre um caráter “supletivo e temporário”. Caberá à Administração Central do Sistema de Saúde e à Administração Regional de Saúde competente levar a cabo a avaliação que permita aferir os condicionalismos atrás referidos. A obrigatoriedade de avaliação mantém-se mesmo para possíveis renovações, onde o Diploma refere que as mesmas só poderão acontecer depois de um novo estudo a demonstrar que a necessidade se mantém. O DL 23/2020 estabelece um retrocesso no que diz respeito ao recurso de privados para a prestação de cuidados de saúde:

Especificamente no que concerne à prestação de cuidados de saúde, entendeu-se necessário dar prevalência aos serviços próprios do Estado na gestão clínica dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), prevendo-se, através do n.º 1 da Base 6 da Lei de Bases da Saúde, que o recurso a entidades do setor privado e social, para esse efeito, apenas seja equacionado em termos complementares e temporários, em casos de necessidade fundamentada (Decreto-Lei 23/2020).

Esta restrição poderá representar o primeiro passo na implementação de barreiras à entrada de parceiros privados e por consequência às PPP no setor da saúde. Será o Decreto-Lei n.º 23/2020 um resultado dos fracos resultados obtidos pelos Hospitais a funcionar em regime PPP em Portugal?

A implementação de modelos PPP implica uma análise exaustiva de vários quadrantes da governação, que vão desde o impacto social, o impacto político e financeiro. Assim, como vamos ver de seguida, o efeito das ideologias políticas, das perceções das sociedades e dos impactos financeiros têm um papel determinante em todo o ciclo de vida do modelo PPP, desde a sua equação à implementação e gestão.

2.8. O impacto social, político e financeiro das PPP

A literatura atual apresenta um vasto conjunto de estudos que abordam os impactos sociais, políticos e financeiros do modelo PPP (e.g., Abramov, 2009; Asquith et al., 2015; Bekefi et al.,

2003; Boardman & Vining, 2012; Boyer & Scheller, 2018; Cheng et al., 2020; Dao et al., 2020; Geddes & Wagner, 2013; Hall & Lobina, 2004; Hodge & Greve, 2017; Kim, 2014; Linder, 1999; Mota & Moreira, 2015; Linder & Peters, 1989; Sachs et al., 2007; Siemiatycki, 2010; Skietrys et al., 2008; Yaya, 2017).

Assim, Hall e Lobina (2004) analisaram de que forma a introdução dos interesses dos parceiros privados podem entrar em conflito com os interesses públicos, nomeadamente nas dimensões socioeconómica, ambiental e política. Os autores argumentaram que a introdução de empresas privadas em setores socialmente e economicamente críticos, cria uma possibilidade de permanente de conflito, entre os interesses privados e os interesses públicos, concluindo que as políticas que dependem da atividade empresarial, nestes setores, são desnecessariamente arriscadas, e que o desenvolvimento de políticas deve concentrar-se na formação de instituições fortes do setor público no sentido de prestarem tais serviços. Esta ideia é defendida por Boardman e Vining (2012) que argumentaram que apesar da utilização generalizada do modelo PPP em muitos países, tanto os estudos de caso, como os dados empíricos quantitativos indicam que muitos projetos PPP resultaram em desfechos insatisfatórios.

Algumas destas provas indicam que muitos dos problemas acabam por resultar dos objetivos e motivações conflituosas dos governos e dos seus parceiros do setor privado. Assim, Boardman e Vining (2012) defenderam que o critério mais apropriado para escolher entre mecanismos alternativos de contratação, e para avaliar o valor das PPP, é a maximização do bem-estar social, em contraste com a maioria dos critérios utilizados explícita ou implicitamente pelos governos para justificar o uso de PPP – tais como adiar as despesas, colocar as despesas ‘fora do orçamento’ e *VfM* – ou são inadequados ou simplesmente errados. De facto, a utilização de tais critérios pode levar à destruição do valor social, em vez do seu aumento. De uma forma dedutiva, o principal objetivo da maioria dos participantes do setor público (dos governos) é o interesse político próprio e a maximização do voto e não uma maximização do bem-estar social desinteressado, como uma teoria normativa ingénua das PPPs poderia sugerir (Boardman & Vining, 2012). A perspetiva da economia política sugere porque será difícil levar os governos a implementar uma melhor conceção institucional, sendo que os políticos continuarão a ser políticos que procuram a reeleição fornecendo o que parecem ser ‘almoços grátis’ e as empresas continuarão a tentar tirar partido destes impulsos políticos para aumentar a sua rentabilidade (Boardman & Vining, 2012), o que poderá resultar em implementações do modelo PPP dramaticamente disfuncionais. Estes resultados podem levar ao descontentamento dos utilizadores e em última instância dos eleitores, ou seja, estes resultados negativos das PPP acabam por ser onerosos em termos políticos, especialmente se aparecerem dentro de um ciclo eleitoral, bem como de uma perspetiva negativa de bem-estar social.

Por outro lado, Siemiatycki (2010) argumenta que a curto prazo, o modelo PPP é eficaz na angariação de fundos para novas infraestruturas e na transferência de riscos financeiros para o setor privado, mas a sua transparência limitada minimiza o envolvimento da população no projeto. A longo prazo, o clausulado presente nos contratos, restringe a flexibilidade governamental para responder à mudança de condições, sendo comuns os processos judiciais à medida que as relações entre os parceiros se deterioravam. Siemiatycki (2010) identificou a necessidade de desenvolvimento de processos para o envolvimento da população, e procedimentos de monitorização de dados e de desempenho, com o objetivo de evitar consequências negativas das PPP.

Hodge e Greve (2017) exploram o significado do modelo PPP e a noção de sucesso do modelo, apontando para múltiplas interpretações de ambas. Os autores argumentaram que existem inúmeros critérios sobre os quais o sucesso da PPP pode ser julgado. Estes são tão orientados para a política e governação como para objetivos políticos utilitários mais tradicionais relacionados com a execução de projetos. Os autores concluíram que os governos podem enfatizar o sucesso das PPP mais com base nos pontos fortes políticos e de governação, do que nas características utilitárias.

Linder (1999) já referia que, no final dos anos 90, o termo PPP era positivamente aclamado pelos académicos. No entanto, e sem grande aparato ideológico ou tendências reformistas, já na década de 80, os Estados Unidos implementavam parcerias, com o setor privado, no sentido de aumentarem o seu investimento em infraestruturas. Tal como advogam os defensores das PPP, este tipo de parcerias requer que todos os intervenientes, de ambos os setores, adotem características e pontos de vista que, quando definidos e implementados, representem a identidade da sua contraparte. Ou seja, o parceiro público deve comportar-se como um empreendedor e o parceiro privado deve abraçar o interesse público e estar preparado para uma grande responsabilização pública.

Parte do entusiasmo em torno do nascimento da noção de 'Parceria', reflete uma sensação de novas possibilidades e de mudança de alinhamentos entre as partes. Este sentido reflete, embora inconscientemente, mudanças maiores no panorama ideológico, bem como conceptual, da governação. Ao desdobrar as várias linhas de raciocínio, entre as ideologias constituintes, Linder (1999) encontra compromissos distintos que as 'Parcerias' se destinam a encarnar. O problema com o Estado é que ele é demasiado extenso e tenta fazer demasiadas coisas, e conseqüentemente, não faz muitas coisas bem.

Ainda neste âmbito, Bradford (2003) argumentou que nenhuma estratégia tem atraído maior interesse do que a governação através de PPP, que efetivamente devolve autoridade e responsabilidade do Estado às redes políticas existentes na sociedade civil. O autor concluiu que as abordagens PPP revelam como o pensamento, social-democrata e político neoliberal contemporâneo, evoluiu para além das tradicionais ideologias restritivas, favorecendo quer o

estado quer o mercado. Adicionalmente, o autor argumentou que os governos que procuram parcerias, devem avaliar o 'encaixe' entre o seu paradigma preferido e o panorama institucional prevalecente. E devem encontrar os instrumentos políticos para assegurar a implementação eficaz das PPP, quer sejam lançadas à escala dos setores industriais ou das regiões urbanas.

Sachs et al. (2007) argumentaram acerca do impacto dos riscos políticos na China, no âmbito de oportunidades em projetos de infraestruturas em regime PPP, concluindo que a chave para uma implementação bem-sucedida de PPP são os ambientes legais e regulamentares estáveis com contrapartes governamentais fiáveis, que permitam uma parceria justa e equilibrada entre o setor público e o privado com expectativas realistas em tais parcerias.

Skietrys et al. (2008) argumentaram que, apesar de muitos autores enfatizarem que o modelo PPP é um instrumento eficiente e progressivo para satisfazer as exigências sociais, ainda nenhum conseguiu explicar como se mede essa eficiência. As mudanças políticas, económicas e sociais fazem com que as organizações revejam constantemente a sua visão, missão e renovem a sua adaptação às mudanças. As PPP podem ser utilizadas para entregar um projeto ou um serviço, no entanto, dependendo do país e da política da época, o modelo pode cobrir um espectro que vai desde os contratos de gestão a curto prazo, com pouca ou nenhuma despesa de capital até contratos de concessão, que podem abranger a conceção e construção de bens juntamente com a prestação de uma gama de serviços e o financiamento de toda a construção e operação. Skietrys et al. (2008) identificou a comunicação como um dos problemas essenciais, que provocaram suposições quanto aos benefícios proporcionados pelas PPP. A comunicação pode contribuir para o sucesso de um dado projeto PPP ou arruiná-lo. Assim, a comunicação pode ajudar a resolver problemas relacionados com a transmissão do projeto à sociedade e à formação de opinião, pode identificar possíveis riscos e eliminá-los a tempo e finalmente pode assegurar a divulgação de informação atempada entre os parceiros. A comunicação relacionada com o modelo PPP deve ser dirigida para divulgar a realidade e utilidade do projeto, devendo a sua estratégia incluir objetivos claramente definidos que devem ser transmitidos pelos seguintes meios:

1. Por via de reuniões com os membros da sociedade - para prestar um bom ou melhor serviço de informação;
2. Através dos meios de comunicação social - criar uma imagem positiva da implementação do projeto;
3. Na dimensão da parceria - melhorar a compreensão recíproca.

O autor concluiu que existem três principais pré-requisitos para uma parceria eficiente: necessidade; ambiente político, legislativo e administrativo; comunicação.

Abramov (2009) argumentou que os modelos PPP têm como objetivo o de facilitar a integração dos países num ambiente comercial global e promover o desenvolvimento económico e social, sendo que o sucesso do modelo depende do envolvimento entre as agências governamentais, empresas multinacionais e locais, organizações internacionais, e a sociedade civil. As PPP com objetivos sociais mais amplos terão um desenvolvimento mais rápido e uma maior eficiência na construção de infraestruturas e no fornecimento de serviços sociais. O autor argumentou ainda que as PPP devem evitar ser utilizadas como instrumentos pelo Estado ou por uma facção política que pretenda assumir a liderança por via da corrupção, como meio de mascarar objetivos não democráticos, por exemplo suprimir os meios de comunicação social e os partidos políticos da oposição.

Whiteside (2011) examinou a emergência e o legado dos modelos PPP, no setor da saúde canadiano, classificando-os como uma forma de política neoliberal por despossessão. Argumentou que a crescente exposição, do sistema de saúde pública Canadiano, à lógica da rentabilidade capitalista e da mercantilização através da adoção do modelo PPP é tipicamente transmitida como uma abordagem nova e inovadora à 'prestação de serviços alternativos', dando a impressão de que a parceria com o setor privado com fins lucrativos é simplesmente uma opção política inócua. O autor argumentou também que no Canadá, as PPP hospitalares suscitam muitas preocupações, sendo a principal delas que o valor do universalismo, primário para o estabelecimento e integridade do sistema de saúde, é diariamente desafiado por formas privatizadas de prestação de serviços alternativos como as PPP.

A juntar a estas preocupações está a incapacidade de os acordos PPP cumprirem as promessas defendidas pelos seus proponentes, incluindo custos económicos como uma má relação qualidade/preço, taxas ocultas, e custos sociais como uma erosão da responsabilidade democrática e da transparência. Neste sentido, a política do modelo PPP é sustentada através de compromissos ideológicos, não baseados na necessidade ou num historial de sucesso. O autor concluiu que a falta de probabilidades económicas e sociais associadas ao modelo PPP significa que, como opção política, os seus benefícios são muitas vezes mais ideológicos do que tangíveis. No caso dos hospitais PPP em particular, o historial é de promessas não cumpridas (infraestruturas fora do prazo e mais dispendiosas), valor questionável do *VfM*, custos financeiros e de transação elevados, e um desgaste da capacidade democrática e da transparência das contas, representam mais ambições políticas do que uma preocupação tecnocrática de escolher a forma mais eficiente de responder à necessidade no setor da saúde.

Geddes e Wagner (2013) tentaram desenvolver um índice que refletisse o grau em que a legislação dos USA encoraja ou desencoraja o investimento em infraestruturas por via da aplicação do modelo PPP. Os autores argumentam que muitos estudos consideram os interesses políticos e a ideologia como fatores importantes nas decisões de privatização ou de parcerias. Embora a ideologia não tenha sido um fator importante nas decisões de privatização

propriamente ditas, pode ter impacto na aprovação de leis que permitam uma maior participação privada.

Asquith et al. (2015) destacaram as influências sobre o desempenho do modelo PPP, investigando o ambiente das aquisições no setor público e examinando as influências relevantes nas PPP. Os autores concluíram que enquanto os participantes do setor privado identificaram a necessidade de compreender a cultura, os valores e os negócios dos seus parceiros públicos, isto não foi tido em conta de forma recíproca. Tais preocupações falam de barreiras à comunicação dentro do ambiente atual, sendo que num sistema de saúde pública assistencialista, é provável que as atitudes em relação ao motivo de lucro dos parceiros privados permaneçam como um elefante na sala. A principal conclusão foi que o compromisso foi minado por um processo político transitório, o que significa que os partidos políticos se sentiam vulneráveis a celebrar contratos a longo prazo, baseados no desempenho. De uma forma genérica o autor concluiu que a confiança é central, e começa com a vontade política, que pode ser consagrada sob a forma de legislação. Os governos devem compreender que a atividade de aquisição já não pode ser empreendida numa base *ad hoc*, é antes uma atividade estratégica com uma ampla influência em toda a área da prestação de cuidados de saúde com financiamento público.

Mota e Moreira (2015) propuseram-se a identificar os fatores subjacentes à proliferação e execução do modelo PPP, sublinhando a importância que os fatores, não financeiros (tais como políticos, legais e macroeconómicos), têm no estabelecimento de uma PPP. Os autores argumentaram que a eficiência e a qualidade do serviço, podem ser afetadas negativamente quando o mesmo parceiro é responsável pela construção e operação de uma determinada infraestrutura, uma vez que o melhor construtor não é necessariamente o melhor parceiro para operar ou prestar o serviço, ficando restringida a contestabilidade e a concorrência. Os autores concluíram que a maior parte da literatura baseia-se na análise da importância das características quantitativas do modelo, principalmente relacionadas com as restrições orçamentais decorrentes dos défices públicos, sendo certo que as características políticas, legais e macroeconómicas são igualmente cruciais na implementação de modelos PPP.

Boyer e Scheller (2018) examinaram a influência dos fatores económicos, políticos e de procura na adoção de parcerias público-privadas (PPP) de 2000 a 2016. Os autores concluíram que a influência da ideologia política na adoção do modelo PPP está dependente do profissionalismo legislativo do Estado. Os resultados demonstraram como as preferências ideológicas podem ser moldadas pelas capacidades legislativas dos governos estaduais. Os autores utilizaram quatro variáveis em relação a fatores políticos que podem influenciar a adoção do modelo PPP: a ideologia do governo, o profissionalismo das legislaturas, os termos das leis PPP, e a proporção de emprego a nível estatal que é sindicalizada.

Cheng et al. (2020) realizaram uma avaliação comparativa da política de gestão do modelo PPP em diferentes países, com o objetivo de compreender o desenvolvimento das PPP, proporcionando uma referência para a tomada de decisões em matéria de política de PPP integrada nas condições nacionais específicas de cada país. Os resultados indicaram que a flutuação do desenvolvimento e a distribuição espacial desequilibrada das PPP são um fenómeno comum nos países analisados. A influência combinada de fatores como a economia, urbanização, regime político e cultura social, existem diferenças significativas na instituição, aplicação e características dos projetos de PPP em vários países. Devido aos intercâmbios internacionais e à disseminação de conhecimentos, bem como à promoção de intermediários, o desenvolvimento de PPP a nível mundial tende a convergir.

Em resultado da revisão da literatura, concluímos que a referência relevante para a escolha entre um modelo PPP e a aquisição pública convencional não é o modelo que oferece o preço mais baixo, mas sim o equilíbrio mais atrativo entre o preço e a qualidade da infraestrutura e dos serviços relacionados (Ng et al., 2010; Petersen, 2019; Sarmiento & Renneboog, 2017; Yang et al., 2010), sendo que os fatores críticos de sucesso do modelo PPP podem ser classificados em cinco categorias: fatores técnicos; fatores financeiros e económicos; fatores sociais; fatores políticos e jurídicos; outros fatores. Identificámos as três categorias que devem ser medidas aquando da implementação e operacionalização de projetos PPP: i) custos; ii) qualidade; e iii) *VfM*.

É inequívoca a diferença de posições quanto à retórica teórica que o modelo PPP encerra. Se, por um lado e teoricamente, o modelo apresenta uma série de vantagens (mútuas) e uma perspetiva de resultados financeiros positivos, por outro, começam a surgir algumas dúvidas quanto aos resultados efetivamente obtidos por via da aplicação do modelo PPP. A dissonância presente na literatura, quanto à aplicação do modelo PPP, é espelhada pelas vantagens e desvantagens do modelo apresentadas na Tabela 21.

As vantagens, identificadas anteriormente, são asseguradas quando um projeto PPP tem sucesso, gerando assim um *VfM* para o contribuinte. No entanto, para a obtenção de *VfM* num modelo PPP, este deve compensar o custo mais elevado do financiamento através de uma melhor gestão do risco por parte do setor privado.

Assim, o parceiro público deverá assumir a maioria dos riscos políticos, por exemplo, a incerteza política governamental e as expropriações, assim como os legais, tais como as alterações na lei e regulamentação. Por outro lado, o setor privado deverá ser o único a reter a maioria dos riscos financeiros, tais como o risco de inflação, o risco de juros e os riscos relacionados com o funcionamento, ou seja, os riscos técnicos e de gestão. Por último, o parceiro público e o parceiro privado devem partilhar a maioria dos riscos de mercado, como sejam os riscos de procura e oferta de mercado (Tang et al., 2010; Xiong et al., 2019).

Tabela 21 – Súmula das vantagens e desvantagens do modelo PPP

Vantagens do modelo PPP (Hellowell, 2016; Lattemann et al., 2009; Marco & Mangano, 2013; Tang et al., 2010; Torchia et al., 2015)	Desvantagens e Problemas do modelo PPP (Ham & Koppenjan, 2001; Makovaek, 2013; Monteiro, 2005; Pereira, 2014; Silvestre & Araújo, 2012; Visconti, 2014; Winter & Davidson, 2019)
Os contratos vêm acompanhados de um acervo regulatório robusto, que implica uma forte componente regulatória e de monitorização.	Problemas inerentes a todo o processo de negociação, incluindo uma maior rigidez contratual poderá condicionar alterações ao projeto. O uso de agressividade excessiva do setor privado e os contratos mal desenhados podem gerar desequilíbrios financeiros e por fim um maior escrutínio pela existência de lucros.
Permite atrair capacidades financeiras e técnicas, em áreas em que o setor público não é tão forte.	Os custos mais elevados dos empréstimos, em comparação com o financiamento convencional.
Permite ao Estado aceder a novas fontes de financiamento para fazer face a constrangimentos orçamentais.	Pode revelar-se mais dispendiosa, pois o setor privado tende a exprimir o risco explicitamente, incluindo um prémio de risco no seu preço e o parceiro privado pode tentar otimizar o custo afeto ao ciclo de vida do projeto, o que se pode traduzir num aumento do investimento inicial.
O sentido de parceria reforçada entre o setor público e o setor privado.	Os conflitos entre interesses públicos e privados, nomeadamente no que concerne à persecução de VfM, com objetivos distintos para ambos os parceiros, podem acabar em contratos difusos e gerar 'ruído' na gestão do investimento.
Permite uma melhor gestão do risco.	Dúvidas quanto à efetiva transferências de risco entre as partes.
Promove a implementação de políticas governamentais mais claras.	
Permite a identificação de fatores críticos de sucesso.	A negociação dos acordos de financiamento e de funcionamento tende a ser morosa.
Fomenta a melhoria da gestão contratual.	Dificuldades de supervisão dos contratos estabelecidos por parte do parceiro público.
Promove análises financeiras mais apropriadas.	Dúvidas quanto à qualidade dos serviços prestados
Permite que as infraestruturas existentes sejam utilizadas com maior eficiência	
Permite que os programas de saúde, geridos pelos governos, possam ser acelerados.	
Promove a motivação, tanto os profissionais de saúde como dos utentes.	
Algumas partes da população precisam de ser consideradas como mercados, este pode ser estabelecido através do modelo PPP	

Fonte: Elaboração própria

O *VfM* é a combinação ideal entre os custos do ciclo de vida de um dado projeto e a qualidade do bem ou serviço que visa satisfazer os requisitos dos utilizadores, sendo esta definida como a combinação ótima de custos de todo o ciclo de vida, riscos, tempo de conclusão e qualidade, a fim de satisfazer os requisitos públicos (Her Majesty's Treasury HMT, 2007; Grimsey & Lewis, 2005). Assim, nos casos em que o modelo PPP entregue *VfM*, existirá uma diferença positiva entre o CSP e o valor da proposta PPP. O CSP pode ser definido como o melhor projeto que pode ser realizado e financiado diretamente pelo Estado, por intermédio de contratação pública, para efetuar, com todos os requisitos especificados, o fornecimento do serviço e atingir os mesmos objetivos que o processo desenvolvido em regime PPP (Sarmiento & Renneboog, 2017; Torchia et al., 2015).

Não podemos esquecer o interesse público na prestação de cuidados de saúde. Por forma a proteger o interesse público, os princípios orientadores das iniciativas PPP devem basear-se no benefício para a sociedade e não no benefício mútuo para os parceiros e devem centrar-se no conceito de equidade na saúde. No entanto, os méritos do modelo PPP, em comparação com o modelo tradicional de contratação, continuam a ser altamente controversos, sendo possível identificar várias questões-chave que continuam a levantar dúvidas, como o custo, a qualidade, a flexibilidade e a complexidade. No entanto, aferimos que é possível alcançar um nível mais elevado de *VfM* em projetos hospitalares PPP, quando os mesmos são desenvolvidos dentro de um bom ambiente económico e político, a fim de estimular a concorrência e, por sua vez, diminuir a despesa pública.

O modelo PPP aplicado ao setor da saúde é visto como um mecanismo que visa a obtenção de maior eficiência e menores custos durante o ciclo de vida dos projetos de construção e fornecimento de serviços de saúde, sendo que, à data, a evidência empírica não apoia a expectativa teórica sobre a poupança de custos, resultante da integração de tarefas e da perícia do setor privado (Petersen, 2019; Roehrich et al., 2014). A teoria diz-nos também que a maximização dos lucros por parte de um investidor privado, que assuma o controlo de um hospital público, irá afetar negativamente os doentes, nomeadamente a sua satisfação e qualidade do serviço prestado (Hsiao, 1994; Maynard, 1994). De notar que, no caso do setor da saúde, também se verificam diferenças na quantidade/qualidade do serviço prestado, levando à necessidade de avaliação dessa diferença, tornando o processo de apuramento de *VfM* mais complexo, tendo em conta que a qualidade dos serviços não se traduz numa medida económica direta (Cruz & Sarmiento, 2019).

No caso do nosso estudo, este concentra-se na área da saúde, sendo que neste âmbito existem também resultados contraditórios, o que deixa aberta a possibilidade de existirem casos de sucesso e insucesso, resultantes de diferentes contextos políticos, económicos e sociais. Se por um lado as análises teóricas e conceptuais aferem grandes benefícios quanto à qualidade dos serviços prestados e quanto à redução dos custos, existe uma grande lacuna no

que concerne a provas empíricas que corroborem a retórica das PPP. Podemos concluir que as envolventes políticas e sociais (satisfação e qualidade do serviço) representam as dimensões mais críticas quanto ao peso num possível resultado final. Assim, concluímos ser crucial aferirmos a opinião da população face ao fenómeno em estudo, nomeadamente no que concerne à satisfação com o serviço prestado nos Hospitais PPP, a qualidade do serviço efetivamente prestado e o grau de literacia face o modelo PPP, partindo do princípio de que as PPPs podem ser mutuamente gratificantes para ambos os parceiros e, ao mesmo tempo, refletir resultados positivos para a população (Yamout & Jamali, 2007). O grau de literacia tende a ter um papel crucial quando sabemos que um dos fatores de sucesso das PPP é a aceitação social, ou seja, a aceitação pela população da entrega de um serviço público a um parceiro privado (Ng et al., 2010). Neste contexto torna-se ainda mais imperativa a realização de uma investigação que compare a informação que é transmitida à população com resultados empíricos relativos à qualidade do serviço prestado e grau de satisfação dos utentes.

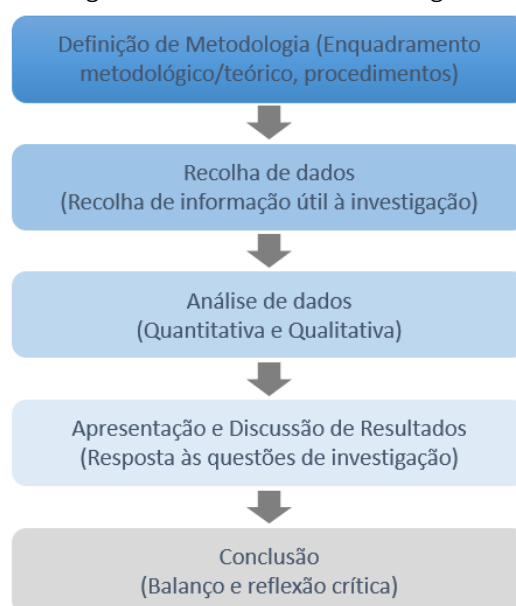
A metodologia apresentada no capítulo seguinte, será desenhada no sentido de permitir a investigação empírica das duas dimensões do modelo PPP, aplicado ao setor da saúde. A primeira dimensão que encerra a avaliação operacional do modelo, concretamente o apuramento dos resultados financeiros e a *performance* do serviço prestado, e a segunda dimensão que contempla a qualidade do serviço efetivamente prestado e percebido pela população. Estas duas dimensões serão analisadas, sendo feita a relação direta com as tomadas de decisão do Estado Português, relativamente ao modelo PPP.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Com o propósito de dar resposta às nossas questões e objetivos de investigação, recorremos ao estudo de casos múltiplos como metodologia de investigação, visto ser a abordagem mais ajustada ao facto de que só existem (ou já existiram) quatro hospitais em regime PPP em Portugal. Essencialmente, o estudo de caso analisa em profundidade um, ou um pequeno número de organizações, eventos ou indivíduos, geralmente ao longo do tempo (Jackson et al., 2015). Todos os estudos de caso devem ter desenhos claros, produzidos em momento anterior à recolha de quaisquer dados, sendo que estes desenhos devem abranger: as questões principais de investigação, a unidade de análise, ligações entre dados e procedimentos de interpretação de dados (Yin, 2013).

Neste capítulo definimos os principais passos conceptuais que assumimos para explicar e discutir os diferentes problemas teóricos com os quais nos confrontámos na análise do objeto de estudo. Apresentamos ainda o processo metodológico que constitui a base da investigação empírica desenvolvida (Figura 11).

Figura 11 – Processo metodológico



Fonte: Adaptado de Yin (2003)

Neste âmbito, num primeiro momento, definimos o nosso modelo conceptual de análise que deriva da relação direta que poderá existir entre as decisões de gestão do Estado, os resultados efetivos do modelo PPP percecionados pela população, e os resultados do modelo em comparação com o modelo público. Em seguida, descrevemos as características da nossa amostra, sendo posteriormente identificadas as variáveis de investigação. Finalmente,

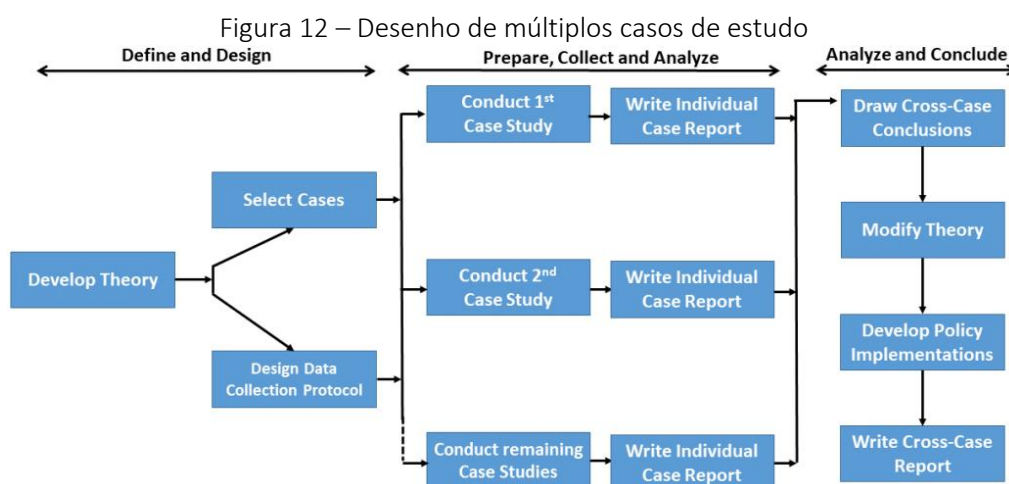
apresentaremos as estratégias utilizadas no tratamento dos dados obtidos nos casos de estudo, nomeadamente os métodos qualitativos e quantitativos.

3.1. Casos de estudo - *Multiple case design*

Tal como argumentam Cassell e Symon (2004) os estudos de casos são amplamente utilizados em estudos organizacionais e em todas as ciências sociais. O nosso trabalho baseia-se numa estratégia de investigação de estudo de casos múltiplos, que genericamente consiste numa investigação detalhada com dados recolhidos ao longo de um período de tempo, de fenómenos, dentro do nosso contexto de investigação. O objetivo é fornecer uma análise do contexto e dos processos que iluminam as questões teóricas em estudo (Cassell & Symon, 2004).

Os resultados e provas da conceção de casos múltiplos são mais convincentes, o que torna esta estratégia de investigação mais robusta, em comparação com um único desenho de estudo de caso (Yin, 2013). Adicionalmente, o recurso ao estudo de casos múltiplos fornece exemplos do mundo real a analisar, sendo que, no nosso caso particular, os casos escolhidos representam a totalidade da população. Finalmente, tendo em conta o âmbito do nosso trabalho, considerámos que a opção pelo estudo de múltiplos casos é particularmente adequado, pois as questões de investigação requerem uma compreensão detalhada de processos sociais e organizacionais, sendo necessário recolher dados no contexto em análise (Cassell & Symon, 2004).

Investigámos e tirámos conclusões da totalidade dos casos onde o modelo de gestão PPP foi ou é aplicado nos hospitais portugueses. Cada caso individual representa um hospital português, que à data é gerido tendo por base o modelo PPP ou foi recentemente gerido utilizando o modelo PPP. A Figura 12 mostra a ciclo de vida da investigação de múltiplos casos de estudo.



Fonte: Adaptado de Yin (2003)

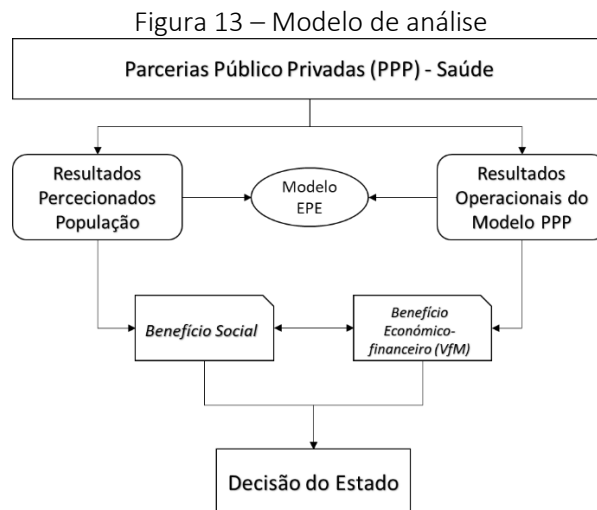
A estratégia de investigação casos de estudo pode contemplar a utilização de vários métodos - qualitativos, quantitativos ou ambos. Os estudos de caso incluem geralmente múltiplos métodos devido às questões de investigação que podem ser melhor abordadas através desta estratégia. Observação dos participantes, observação direta, etnografia, entrevistas, grupos focais, análise documental, e até questionários podem ser utilizados, ou em combinação (Cassell & Symon, 2004). Assim, e tendo em conta os vários métodos de investigação, para o nosso trabalho optámos pela recolha de dados tendo por base o método de pesquisas de arquivo em combinação com a utilização de questionários. Utilizando estes dois métodos de recolha de dados, será possível validar e verificar os resultados do nosso estudo e aumentar a sua fiabilidade.

3.1.1. Casos

Quatro casos estão incluídos no nosso estudo de casos múltiplos. O primeiro caso destaca a PPP relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira. O segundo caso destaca a PPP do Hospital de Cascais. O terceiro caso analisa a PPP do Hospital de Braga e finalmente, o quarto caso analisa a PPP do Hospital de Loures. Selecionámos estes quatro casos, pois os mesmos representam a população do modelo PPP aplicado ao setor da saúde em Portugal.

3.2. O modelo de análise

Relativamente ao modelo conceptual de análise que avalia as decisões do Estado em função dos resultados operacionais do modelo PPP e os resultados percecionados pela População, o mesmo foi desenvolvido tendo por base dois constructos com características distintas, i) Resultados Percecionados pela População e ii) Resultados Operacionais do Modelo. Na ausência de publicações ou linhas de investigação que relacionem de forma direta estes dois constructos, propõe-se um modelo de análise baseado na revisão da literatura já desenvolvida. Este facto, obrigou a uma conceptualização e organização das características da satisfação, qualidade do serviço, grau de literacia e respetivos resultados operacionais obtidos pelos projetos PPP. Assim, o modelo conceptual apresentado na Figura 13 retrata dois constructos inerentes à tomada de decisão do Estado.

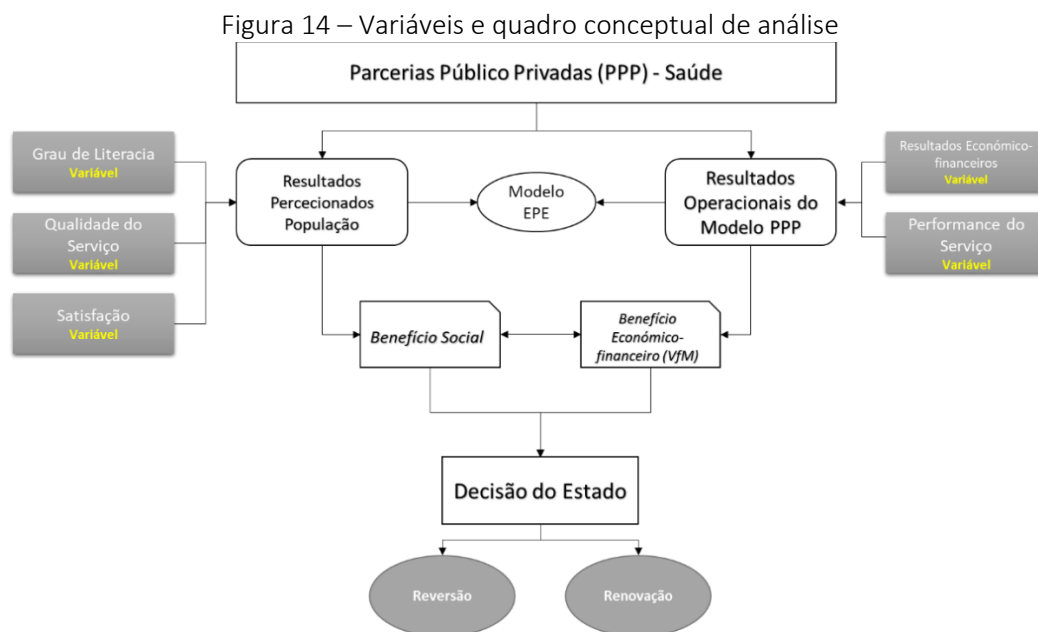


Fonte: Elaboração própria

O modelo de análise proposto irá permitir uma comparação dos dois constructos por via da identificação dos casos de estudo e das respetivas variáveis a medir. Estas variáveis irão ser definidas e categorizadas de acordo com os nossos objetivos e questões de investigação.

3.3. As variáveis de investigação

Tendo em conta as nossas questões de investigação, na Figura 14 identificamos 5 variáveis de interesse para o nosso trabalho: (1) Qualidade do Serviço; (2) Satisfação; (3) Grau de Literacia; (4) Resultados Economico-Financeiros; e (5) *Performance* do Serviço.



Fonte: Elaboração própria

As variáveis (1), (2) e (3) serão medidas com dados primários, visando analisar os resultados percebidos pela população servida por hospitais com o modelo de gestão PPP. Estas variáveis serão também medidas em, pelo menos, quatro hospitais EPE, inseridos no mesmo *cluster*, permitindo assim a comparação entre os dois modelos de gestão.

As variáveis (4) e (5) serão medidas com recurso a dados secundários, com o objetivo de analisar e comparar os resultados que resultam da aplicação do modelo PPP em contraste com o modelo exclusivamente público (hospitais EPE).

3.3.1. Qualidade do serviço

A qualidade de serviço, como conceito, varia tanto na definição como na compreensão, sendo um dos temas mais debatidos na literatura sobre serviços. A razão para tal é a falta de consenso sobre como defini-la (Endeshaw, 2020).

Uma experiência positiva do utente afeta o desempenho de uma dada infraestrutura de gestão clínica, incluindo a sua rentabilidade, produtividade e redução de custos (Kazemi, N. et al., 2013), sendo que a qualidade do serviço prestado aos utentes é definida como uma apreciação ou atitude global relacionada com a excelência ou superioridade do serviço (Parasuraman, et al., 1988). Além disso, a qualidade do serviço é definida como a avaliação, da qualidade global do serviço, de um utente através da aplicação de um modelo de desconfirmação, ou seja, a lacuna entre as expectativas do serviço e o desempenho (Cronin Jr. & Taylor, 1992; Potter et al., 1994). As perceções quanto à qualidade do serviço permitem aos prestadores de cuidados de saúde, no nosso caso os parceiros privados responsáveis pela gestão dos Hospitais Públicos, detetarem serviços e processos que necessitam de melhoria.

A literatura atual identifica cinco modelos que têm como objetivo medir a qualidade dos serviços de saúde, nomeadamente, os modelos: Donabedian's, SERVQUAL, HEALTHQUAL, PubHosQual e HospitalQual (Endeshaw, 2020).

Um dos instrumentos mais populares na medição da qualidade do serviço prestado, no âmbito da indústria dos cuidados de saúde, é o SERVQUAL em conjunto com o modelo SERVPERF (Pai & Chary, 2013), que propõe cinco dimensões a serem consideradas: i) garantia, ii) empatia, iii) fiabilidade, iv) capacidade de resposta e v) efetividade. Enquanto o modelo SERVQUAL mede a diferença entre a perceção dos consumidores sobre o desempenho de um prestador de serviços e as expectativas dos consumidores, o modelo SERVPERF difere do modelo SERVQUAL na medida em que utiliza itens de qualidade para medir a qualidade do serviço.

Parasuraman et al. (1985) argumentaram que o modelo SERVQUAL será aplicável à maioria das indústrias de serviços, no entanto outros investigadores (Camilleri & O'Callaghan, 1998; Juwaheer & Kassean, 2006) desenvolveram um quadro específico para o sector dos cuidados de saúde. A este respeito, o trabalho de Donabedian (1988) foi muito útil, no que diz

respeito à estrutura, processo e resultados, e foi utilizado como base para desenvolver a qualidade nas dimensões dos cuidados de saúde.

Tendo por base os trabalhos de Donabedian (1988) e Parasuraman et al. (1985), Camilleri e O'Callaghan (1998) desenvolveram o modelo HEALTHQUAL, que pode ser considerado uma adaptação do modelo SERVQUAL, contemplando um conjunto de itens de medição da qualidade dos serviços de saúde, com base no tipo de serviço e no utente.

Embora estudos anteriores (George et al., 1985; Kayral, 2014; Kazemi et al., 2013; Li et al., 2015) se tenham centrado em avaliações da qualidade dos serviços de saúde baseadas em várias abordagens, entre elas o recurso ao SERVQUAL, SERVPERF, ou mistos, Lee (2017) identificou um modelo abrangente para medir a qualidade dos serviços de saúde, especificamente em hospitais, o HEALTHQUAL.

O modelo HEALTHQUAL, proposto por Lee (2017), contempla cinco dimensões: melhoria face aos serviços de cuidados de saúde, aspetos de qualidade tangíveis, aspetos de qualidade relativos à eficiência, aspetos de qualidade relativos à segurança, e aspetos de qualidade relativos à empatia. No entanto, e tal como argumentam Lee e Kim (2017), as dimensões de medição da qualidade dos serviços de saúde podem ser propostas e modificadas tendo por base os pontos de vista do investigador. Assim, a qualidade dos serviços de saúde pode ser medida de acordo com os pontos de vista do investigador no que concerne aos utentes e prestadores (hospitais), o tipo de tratamento médico e o equipamento e sistemas médicos utilizados.

Tendo em conta o trabalho desenvolvido por Lee e Kim (2017) e os resultados obtidos, decidimos adotar a escala HEALTHQUAL para medir a qualidade percebida pelos utentes, contemplando alguns ajustes à escala original. Decidimos usar o modelo HEALTHQUAL, não só pela sua aplicabilidade ao âmbito específico do nosso trabalho, muito centrado nos Hospitais, mas também pela adequação para medir a qualidade dos serviços de saúde baseada na visão do doente.

Com o objetivo de medirmos os resultados percecionados pelos utentes, nomeadamente a variável 'Qualidade do Serviço' face aos modelos PPP e EPE nos hospitais portugueses, decidimos levar a cabo um levantamento de todos os itens e de todas as escalas, nomeadamente as apresentadas por Endeshaw (2020). Tendo por base a literatura (Donabedian, 1988; Nunes, 2020; Sahin et al., 2007; Yang & Zeng, 2014), foram definidas cinco possíveis dimensões para a avaliação da qualidade que se poderão adaptar ao âmbito do nosso trabalho.

Assim, a escala original de Lee (2017) apresentava 26 questões com o formato da resposta numa escala tipo-Likert de 5 pontos, entre 1 = Muito má e 5 = Muito boa. Verificámos que muitos dos itens não se adaptavam bem a este tipo de resposta em português, implicando escalas entre 'Muito mau' e 'Muito bom', ou entre 'Muito pequeno' e 'Muito grande'. Assim,

e visto que é necessário validar a escala para a população portuguesa, optámos por uma adaptação que respeita a abordagem conceptual utilizada e validada por Lee (2017), mas com a redefinição das dimensões e o refraseamento dos itens, convertendo-os em afirmações, que permitem a resposta na escala clássica de Likert (1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente). Estudámos um conjunto de 26 itens de todas as escalas, tendo eliminado itens repetidos, e feito uma análise de conteúdo que levasse em conta as dimensões adaptadas da escala original de Lee (2017). Nesta fase tentámos ser parcimoniosos para que a escala fosse exequível na obtenção de respostas e, simultaneamente, exaustiva na sua validade de conteúdo. Assim, e depois de efetuadas as devidas correções e pré-testes em 30 utentes, chegámos às 25 questões finais para avaliar a concordância para as 5 dimensões propostas pelo modelo HEALTHQUAL (Tabela 22), dividindo-se pelas seguintes dimensões:

- a) Questões sobre de Empatia: Em1 - Em5
- b) Questões sobre Espaço e Ambiente: EA1 - EAP5
- c) Questões sobre Eficácia: Eca1 - Eca5
- d) Questões sobre a Eficiência: Eci1 - Eci5
- e) Questões sobre Resultados da utilização dos serviços do hospital: R1 - R5

A dimensão empatia compreende items que têm como objetivo avaliar a atitude do corpo clínico do hospital no sentido de melhor servir os utentes, ouvindo e refletindo ativamente as suas emoções enquanto prestam os serviços de cuidados de saúde. A dimensão Espaço e Ambiente refere-se à percepção do utente sobre a qualidade das instalações, ao ambiente físico e à mobilidade. A dimensão Eficácia compreende items relacionados com a capacidade do hospital em atingir os seus objetivos de tratamento e bom serviço às populações, assegurando a eficácia dos serviços prestados. A dimensão eficiência refere-se ao grau uso racional e parcimonioso dos recursos, evitando desperdício a todos os níveis na prestação de serviços de cuidados aos utentes. Finalmente, a dimensão Resultados da utilização dos serviços do hospital, a mesma refere-se aos esforços do corpo clínico relativamente a processos, comunicações e interações com os utentes, e ao resultado percecionado pelos utentes quanto à melhoria da sua situação clínica.

3.3.2. Satisfação

A medição da variável satisfação permitirá comparar as percepções dos utentes, quanto ao nível de satisfação, assim como determinar se existem diferenças significativas de acordo com o tipo de gestão dos hospitais que os assistem.

A variável satisfação foi operacionalizada mediante a utilização de uma única questão relacionada com os serviços prestados pelo hospitais, e que tem sido utilizada em outros estudos (e.g., Kayral, 2014; Ravichandran et al., 2010; Shukla et al., 2019). Assim, a afirmação

é: “Em geral, estou muito satisfeito com este hospital”, a qual será respondida numa escala mais ampla entre 1 = absolutamente satisfeito, até 10 – absolutamente insatisfeito.

Tabela 22 – Itens associados ao conceito de Qualidade de Serviço

Qualidade Percebida pelo Utente	ID	Itens do Questionário
Empatia	Em1	<i>O corpo clínico é educado e cordial.</i>
	Em2	<i>O corpo clínico escuta e compreende os utentes.</i>
	Em3	<i>O corpo clínico compreende facilmente a minha situação de saúde.</i>
	Em4	<i>O corpo clínico percebe de forma rápida as minhas necessidades.</i>
	Em5	<i>O corpo clínico sabe colocar-se no meu lugar e entender os meus problemas.</i>
Espaço e ambiente	EA1	<i>As instalações deste hospital parecem-me adequadas às necessidades da população do concelho.</i>
	EA2	<i>As instalações físicas do hospital são visualmente atrativas</i>
	EA3	<i>O nível de limpeza geral do hospital é o adequado.</i>
	EA4	<i>O Hospital fornece um ambiente confortável e seguro aos utentes.</i>
	EA5	<i>A mobilidade dentro do hospital é relativamente fácil.</i>
Eficácia	Eca1	<i>O corpo clínico foi rigoroso nos cuidados de higiene e proteção.</i>
	Eca2	<i>Os médicos fizeram um diagnóstico acertado das minhas patologias.</i>
	Eca3	<i>Os enfermeiros não cometeram erros no seu trabalho.</i>
	Eca4	<i>Senti-me confiante quanto ao desempenho profissional de todo o corpo clínico.</i>
	Eca5	<i>Tenho uma grande confiança na capacidade dos médicos deste hospital.</i>
Eficiência	Eci1	<i>Sinto que o corpo clínico evita o uso desnecessário de medicamentos.</i>
	Eci2	<i>Sinto que o corpo clínico se esforça por aplicar só os métodos de tratamento estritamente necessários.</i>
	Eci3	<i>Sinto que os processos de trabalho do hospital são claros e concisos.</i>
	Eci4	<i>Sinto que o número de funcionários é adequado às necessidades dos utentes.</i>
	Eci5	<i>O hospital gere de forma eficiente o tempo que passo no hospital (por exemplo, realiza as consultas/exames a horas).</i>
Resultados da utilização dos serviços do hospital	R1	<i>Sinto que os cuidados de saúde foram adequados à minha situação clínica.</i>
	R2	<i>A minha saúde melhorou após o tratamento neste hospital.</i>
	R3	<i>Sinto que melhorei muito devido a ter sido tratado neste hospital.</i>
	R4	<i>O corpo clínico deu-me todas as explicações para prevenir outras doenças relacionadas.</i>
	R5	<i>É elevado o grau de esforço e vontade do corpo clínico para prevenir as doenças.</i>

Fonte: Adaptado de (Lee, 2017)

3.3.3. Grau de literacia

Com o objetivo de medirmos a variável ‘Grau de Literacia’ face aos modelos de gestão PPP e EPE nos Hospitais Portugueses, propomos a elaboração e realização de questionários. Como

já vimos, de acordo com o IALS, o grau de literacia é medido operacionalmente em três domínios: literacia em prosa, literacia documental e literacia quantitativa. Assim, o grau de literacia da uma dada população, num determinado tema, aumenta à medida que a informação sobre esse mesmo tema seja disseminada de forma clara, verdadeira e entendível para todos os níveis sociais.

O conceito de literacia de saúde é definido, segundo a *National Library of Medicine*, como o nível a partir do qual os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informações e serviços de saúde, e tomar as decisões necessárias. O modelo concetual de literacia em saúde combina as competências necessárias ao processo de aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação relacionada com saúde (Sørensen et al., 2012). A competência ‘aceder’ refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informação; ‘compreender’ corresponde à capacidade de entender a informação; avaliar descreve a capacidade de interpretar, filtrar e julgar a informação; e ‘aplicar’ refere-se à capacidade de comunicar, usar a informação e tomar a decisão de manter e melhorar a saúde (Sørensen et al., 2012).

Tendo por base as competências base que determinam o modelo conceptual de literacia em saúde, foram adicionadas 6 perguntas ao questionário que avaliam as competências mencionadas (Tabela 23). Os inquiridos responderão a um total de 6 perguntas, sendo a resposta a cada pergunta pontuada utilizando um método de escala de 5 pontos Likert: 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo, 3 = Não concordo nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente.

Tabela 23 – Itens associados ao conceito Grau de Literacia

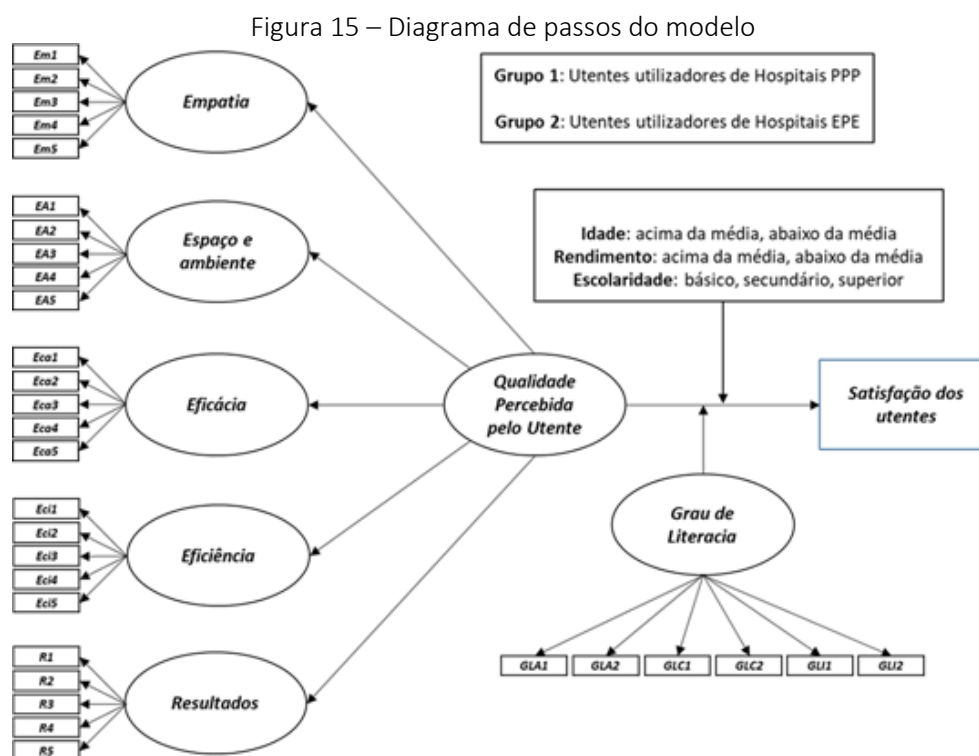
Dimensão Grau de Literacia	ID	Itens do Questionário
Competência ‘aceder’	GLA1	<i>Já procurei informações acerca do modelo de gestão hospitalar aplicado na unidade de saúde da minha área de residência.</i>
	GLA2	<i>Considero que a informação disponibilizada pelo governo, relativa aos modelos de gestão dos hospitais, é suficiente.</i>
Competência ‘compreender’	GLC1	<i>Sei bem o que é um modelo de parceria público-privada na gestão dos hospitais.</i>
	GLC2	<i>Sei bem quais as diferenças entre um modelo de gestão em parceria público-privada e um modelo de gestão exclusivamente público.</i>
Competência ‘avaliar e aplicar a informação’	GLI1	<i>A minha escolha, relativa à unidade de saúde (Hospital), é influenciada pelo modelo de gestão aplicado.</i>
	GLI2	<i>Tenho uma opinião positiva quanto ao envolvimento do setor privado na gestão dos Hospitais Públicos.</i>

Fonte: Adaptado de Sørensen et al. (2012)

As três variáveis apresentadas, ‘Qualidade de serviço’, ‘Satisfação’ e ‘Grau de Literacia’ visam medir a dimensão relacionada com a perceção dos utentes quanto aos resultados do modelo PPP. Importa agora apresentar o nosso modelo de mensuração.

3.3.4. Modelo de mensuração

A Figura 15 apresenta o diagrama de passos em que se baseia o modelo de mensuração do modelo que propomos para avaliar as relações entre a qualidade percebida pelos utentes e o seu grau de satisfação. Este modelo de equações estruturais prevê que os itens sejam todos reflexivos, constituindo-se como as variáveis manifestas das variáveis latentes ou constructos do modelo. Também avaliaremos a possibilidade de o grau de literacia, a idade, o rendimento e o grau de escolaridade poderem ser variáveis moderadores daquele relacionamento.



Fonte: Adaptado de Lee e Kim (2017)

Obviamente, teremos previamente de validar as escalas envolvidas neste modelo, nomeadamente a HEALTHQUAL (Lee, 2017; Lee & Kim, 2017) e a do grau de literacia.

Importa agora apresentar as variáveis que irão medir os resultados operacionais do modelo.

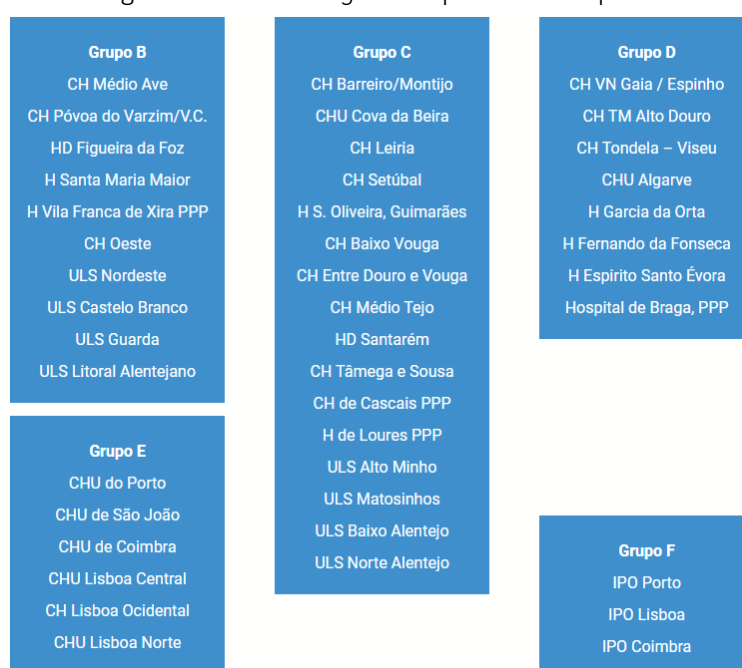
3.3.5. Resultados economico-financeiros e *performance*

No sentido de analisar e medir as variáveis ‘Resultados Economico-Financeiros’ e ‘Performance de Serviço’, iremos recorrer ao método de pesquisa de arquivo. Na persecução

dos objetivos do nosso trabalho, iremos realizar uma comparação dos dois modelos (PPP e EPE), tendo por base as dimensões ‘Desempenho Assistencial’ e ‘Económico-financeira’, recorrendo a uma análise estatística dos indicadores (Figura 17 e 18) que permitirá medir as variáveis em epígrafe. A dimensão ‘Desempenho Assistencial’ contempla 8 indicadores e a dimensão ‘Económico-financeira’ contempla 9 indicadores.

Efetuar uma comparação entre Hospitais EPE e PPP é um exercício complexo, muito por culpa da sua heterogeneidade, no entanto, a Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS) agrupa os hospitais do SNS de acordo com as suas características (Figura 16). Entre estes grupos, três são de particular interesse para a nossa investigação e em cada um deles existe pelo menos um Hospital a operar em regime PPP, permitindo assim a nossa análise.

Figura 16 – *Clustering* hierárquico dos Hospitais



Fonte: ACSS (2020)

A análise das variáveis será conduzida com recurso à base de dados acerca dos prestadores de cuidados de saúde integrados no SINAS ao longo dos anos de 2012 até 2021. A existência de comparabilidade entre hospitais no que respeita às diferenças de acesso, qualidade e desempenho económico-financeiro é fundamental para avaliar e planear estrategicamente.

Assim, e tendo em conta a necessidade de compararmos modelos de gestão díspares, cada hospital será comparado com outros hospitais com características semelhantes; assim, os grupos de hospitais foram determinados com recurso a *clustering* hierárquico após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos e de análise de

componentes principais (ACSS, 2020). A base de dados do SINAS utiliza os dados reportados por cada instituição no Sistema de Informação para contratualização e acompanhamento, SIEF, BD GDH (Grupos de Diagnósticos Homogêneos), SIGLIC e CTH. A eficiência de cada instituição é determinada pela relação de custos com a métrica ‘Doente Padrão’, sendo o cálculo do doente padrão baseado na transformação da atividade hospitalar, por natureza heterogênea, numa única unidade de produção de forma a possibilitar um exercício de comparação entre entidades. Importa esclarecer que o cálculo do doente padrão pode não incorporar todas as particulares e a globalidade da carteira de serviços das entidades hospitalares, pelo que poderá ser considerada uma análise mais aprofundada a nível micro (ACSS, 2020).

Os Grupos B, C e D do *clustering* hierárquico dos Hospitais serão os relevantes para os nossos objetivos, uma vez que as contêm instituições EPE e PPP. Uma vez identificados os grupos que iremos analisar, importa identificar as dimensões e indicadores que podemos utilizar para comprar o desempenho das unidades hospitalares. Assim, das seis dimensões disponibilizadas pela ACSS, iremos centrar-nos em duas – Dimensão Desempenho (Figura 17) e Dimensão Económico-financeira (Figura 18).

Figura 17 – Dimensão Desempenho/*Performance*

Dimensão Desempenho Assistencial	% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis
	% de Reinternamentos em 30 Dias (anos civis diferentes)
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias
	% de Partos por Cesariana
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas
	% de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo
	% de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo
	% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo

Fonte: ACSS (2020)

Figura 18 – Dimensão Económico-financeira

Dimensão Económico - Financeira	Custos Operacionais por Doente Padrão
	Custos com Pessoal Ajustados por Doente Padrão
	Custos com Pessoal por Doente Padrão
	Custos com Produtos Farmacêuticos por Doente Padrão
	Custos com Medicamentos por Doente Padrão
	Custos com Material de Consumo Clínico por Doente Padrão
	Custos com Fornecimentos e Serviços Externos por Doente Padrão
	% de Custos com HE e Suplementos no Total de Custos com Pessoal
	% de Custos com Prestação de Serviços no Total de Custos com Pessoal

Fonte: ACSS (2020)

Relativamente ao tipo de raciocínio/forma de investigação, iremos recorrer ao método indutivo, que permite inferir generalizações para a população, partindo de dados particulares. Tal como definido por Lakatos e Marconi (1991), o método indutivo é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. O mesmo autor identifica três fases fundamentais de investigação, (i) Observação de fenómenos, (ii) relação entre os factos e (iii) generalização da relação.

No sentido de garantir que o raciocínio indutivo tem a força suficiente para generalizarmos os nossos resultados, a nossa amostra é constituída por toda a população de hospitais PPP em Portugal, e pelos Hospitais EPE pertencentes ao mesmo *cluster* hierárquico. Tal como defendido por Souza et al. (1976, p.15), “...quanto maior a amostra, maior a força indutiva do argumento... quanto mais representativa a amostra, maior a força indutiva do argumento”. A escolha por uma investigação qualitativa, numa primeira fase, justifica-se pelo facto de estarmos perante uma realidade subjetiva, com um foco amplo e complexo, onde iremos interagir e participar no processo de investigação.

Levando o conhecimento tácito adquirido, iremos identificar categorias durante o processo de investigação de uma forma dinâmica, por forma a verificar o fenómeno em estudo. Adicionalmente estamos perante um conceito emergente (com apenas duas décadas), para o qual ainda subsistem muitas dúvidas relativamente às teorias já formuladas e aos resultados das investigações prévias. Tal como apresentado nas lacunas de investigação, podemos concluir que a teoria, disponível à data, possa ser enviesada e estar sujeita a melhorias, sendo certo que estamos perante duas variáveis (Resultados Económico-Financeiros e *Performance* do Serviço) que poderão ser medidas quantitativamente, mas torna-se crucial apostar numa investigação qualitativa para a interpretação dos dados obtidos. Esta aposta implica uma ênfase em processos e significados que não são rigorosamente examinados ou medidos em termos de quantidade, intensidade ou frequência.

3.3.6. Socio-demográficas

Utilizaram-se cinco itens para conhecer algumas características socio-demográficas da população inquirida (Tabela 24).

O primeiro item é relativo à idade, a qual será distribuída pelos grupos etários: 18-24; 25-34; 35-44; 44-54; 55-64; mais de 65, sendo que para a seleção dos intervalos das idades dos inquiridos foi utilizado o critério adotado pelo INE.

Tabela 24 – Itens associados à caracterização dos utentes

Caracterização do Utente	ID	Itens do Questionário
Dados Socioeconómicos	U1	<i>Género</i>
	U2	<i>Idade</i>
	U3	<i>Nível de Escolaridade</i>
	U5	<i>Rendimento bruto mensal.</i>

Fonte: Elaboração própria

O segundo item será relativo ao género, com as duas opções clássicas possíveis: Masculino ou Feminino. Incluiu-se ainda no inquérito uma questão sobre o rendimento bruto anual, tendo-se considerado os escalões constantes no IRS de 2020: $\leq 7.112\text{€}$ | 7.112€ até 10.732€ | 10.732€ até 20.322€ | 20.322€ até 25.075€ | 25.075€ até 36.967€ | 36.967€ até 80.882€ | $\geq 80.882\text{€}$. Finalmente, incluímos a questão relativa à escolaridade do inquirido, dividida em Nível Básico | Ensino Secundário | Ensino Superior.

3.4. Definição das amostras

A população de hospitais PPP em estudo refere-se a três hospitais de substituição¹⁰, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira e um hospital novo, criado de raiz, no caso o Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. As unidades hospitalares de Saúde em regime PPP configuram uma área bruta de construção de 260.000 metros quadrados, sendo o total da área de implantação correspondente a 64.000 metros quadrados. As unidades reúnem em conjunto 1685 camas de internamento, 35 salas de bloco operatório e 169 gabinetes de consulta externa, abrangendo uma população de cerca 1,89 milhões de habitantes (Tabela 25).

Tabela 25 – Caracterização dos hospitais PPP

Hospital	Área bruta de Construção (m2)	Área de implantação (m2)	Nº Pisos	Camas internamento	Bloco Operatório	Salas Consultas Externas	Área de influência (m/hab)
Cascais	46000	12000	8	277	6	33	244
Braga	102000	17000	7	704	12	59	1093
Vila F. Xira	49000	16000	10	313	9	33	285
Loures	63000	19000	7	424	8	44	272
Total	260000	64000		1685	35	169	1894

Fonte: Adaptado de TC (2013, 2019)

Os municípios servidos por estes hospitais foram, obviamente, o alvo da aplicação do questionário de avaliação, por parte dos utentes, da qualidade dos hospitais utilizados. Assim,

¹⁰ Hospitais que foram construídos com o objetivo de substituir infraestruturas já existentes.

as amostras foram recolhidas nos municípios abrangidos pelos 4 Hospitais PPP e pelos hospitais EPE nos mesmos *clusters* (Tabela 26).

Tabela 26 – Municípios das amostras

Amostra	Município	Amostra	Município
Hospital Distrital da Figueira da Foz (EPE)	Figueira da Foz	Hospital Santo André Leiria (EPE)	Leiria
	Pombal		Porto de Mós
	Montemor-o-Velho		Alcobaca
Hospital de Vila Franca de Xira (PPP)	Alenquer		Marinha Grande
	Benavente		Nazaré
	Arruda dos Vinhos	Mafra	
	Vila Franca de Xira	Sobral de Monte Agraço	
Centro Hospitalar de Setúbal - S. Bernardo (EPE)	Setúbal	Hospital Beatriz Ângelo Loures (PPP)	Odivelas
	Alcácer do Sal		Loures
	Palmela		
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida (PPP)	Cascais		Hospital Espírito Santo Évora (EPE)
		Montemor-o-Novo	
		Hospital de Braga (PPP)	
			Braga
			Viana do Castelo

Fonte: Elaboração própria

Os Contratos de Gestão, na cláusula 43^a, preveem a comparação dos Hospitais PPP com outros do SNS, que integram o Grupo de Referência (*clusters*). Assim, a população dos hospitais EPE em estudo, referem-se a todos os Hospitais incluídos nos *clusters* hierárquicos B, C e D.

Para a medição das variáveis “Resultados economico-financeiros” e “Performance de Serviço”, será utilizada a totalidade dos Hospitais EPE inseridos em cada cluster, para assim conseguirmos comparar os resultados dos Hospitais PPP com a média dos Hospitais EPE pertencentes ao mesmo *cluster*. Por outro lado, para a medição das variáveis “Qualidade de Serviço”, “Satisfação” e “Grau de literacia” iremos recorrer a uma amostra de 4 Hospitais EPE (Tabela 27), sendo os resultados comparados diretamente com os Hospitais PPP da nossa amostra.

Tabela 27 – Caracterização dos hospitais EPE escolhidos

Hospital EPE	Cobertura População	Tipo Unidade
Figueira da Foz	190000	Hospital
Setúbal	232000	Centro Hospitalar
Santo André – Leiria	400000	Centro Hospitalar
Espírito Santo – Évora	499000	Hospital
Total	1321000	

Fonte: Adaptado de ACSS (2020)

A escolha da amostra, que contempla os Hospitais EPE da Figueira da Foz, Setúbal, Leiria e Évora teve por base a cobertura de cada Hospital (nº/população) e a tipologia da unidade (Hospital Central, Hospital Distrital, etc.) que deverão ser idênticos aos Hospitais PPP com os quais seremos as devidas comparações (Tabela 28).

Tabela 28 – Amostra PPP vs EPE

Hospital PPP vs EPE	Cobertura População	Tipo Unidade
Figueira da Foz (EPE)	190000	Hospital
Vila Franca de Xira (PPP)	250000	Hospital
Setúbal (EPE)	232000	Centro Hospitalar
Cascais (PPP)	170000	Centro Hospitalar
Leiria (EPE)	400000	Centro Hospitalar
Loures (PPP)	300000	Centro Hospitalar
Évora (EPE)	499000	Hospital
Braga (PPP)	1200000	Hospital
Total	3241000	

Fonte: Adaptado de ACSS (2020) e TC (2013)

Importa ainda referir que a escolha dos 4 hospitais EPE teve em conta o estudo levado a cabo pela ERS (2016) onde foi definido um conjunto de 33 hospitais (incluindo PPP e EPE) onde se incluíram os 4 hospitais EPE selecionados para o presente estudo.

Finalmente, a nossa escolha quanto à seleção de hospitais EPE comparáveis teve em conta anteriores comparações feitas por entidade públicas, nomeadamente o TC (2015) onde é selecionado o Centro Hospitalar de Leiria para comparar com os resultados do Hospital PPP – Loures. De acordo com o TC (2015), na preparação do projeto da PPP do Hospital de Loures, finalizado em dezembro de 2006, os hospitais considerados comparáveis com o futuro Hospital de Loures foram o Hospital de Guimarães (atualmente Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE), Hospital de Leiria (atualmente Centro Hospitalar de Leiria, EPE) e o Hospital de S. Sebastião (Centro Hospital de Entre Douro e Vouga, EPE), justificando assim mais uma vez a opção pelo CH de Leiria.

Relativamente à escolha do Hospital de Setúbal como comparativo com o Hospital de Cascais, o TC (2014) procedeu à comparação do desempenho assistencial do Hospital de Cascais com outras entidades públicas empresariais do SNS, nomeadamente o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE e Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, EPE, sendo ainda selecionados o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE. Ora tendo em conta a comparação já efetuada com estes Hospitais EPE, e dada a semelhança na cobertura populacional entre o Hospital de Cascais e Setúbal, decidimos alargar a comparação ao Hospital de Setúbal EPE.

3.4.1. Hospital de Vila Franca de Xira

O Hospital Vila Franca de Xira (HVFX) é um hospital público, que, desde 1 de junho de 2011, é gerido através de um modelo de parceria entre o Estado português e o Grupo José de Mello Saúde. Este último passou a gerir o hospital nas antigas instalações, enquanto o novo edifício foi construído. O novo HVFX foi inaugurado em março de 2013, sendo uma estrutura

arquitetónica totalmente construída de raiz, com uma área de construção de 69.000 m² que veio substituir o antigo Hospital Reynaldo dos Santos (Tabela 29).

Tabela 29 – Cronograma PPP hospital VFX

set/09	nov/11	out/10	abr/11	jun/11	abr/13
Lançamento do Concurso PPP	Estudo estratégico e económico-financeiro	Formalização do Contrato de Gestão	Obtenção do visto do TC	Início da atividade pela Entidade Gestora do Estabelecimento	Entrada em Funcionamento do novo Edifício Hospitalar

Fonte: Adaptado de TC (2019)

Esta nova unidade hospitalar, que presta cuidados de saúde a cerca de 250 mil pessoas distribuídas por uma área de 1.457km², conta já com mais de 400 anos de história. Integrado na rede oficial hospitalar, o HVFX é um hospital geral e distrital que possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime de internamento e ambatório, integrando a prestação de cuidados urgentes classificados como médico-cirúrgicos. A segurança clínica é uma das grandes apostas deste hospital, que se encontra em processo de acreditação pela *Joint Commission International*, considerado o mais elevado padrão no atendimento médico global, e o selo de reconhecimento de qualidade clínica mais prestigiada.

A procura dos melhores níveis de qualidade são outra prioridade do HVFX, que obteve a classificação máxima, de nível de excelência clínica III, em Ginecologia, Obstetrícia e Ortopedia, tendo as restantes especialidades avaliadas sido distinguidas com o nível II de excelência clínica, de acordo com os resultados publicados, em 2014, pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), da Entidade Reguladora da Saúde.

A funcionar nas novas instalações desde abril de 2013, esta Unidade Hospitalar dispõe de 280 camas, 9 salas de bloco operatório, 6 salas de parto e 33 gabinetes de consulta externa, respondendo às necessidades da população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., 2020). Relativamente aos pormenores contratuais, tendo obtido o visto do TC no dia 15 de abril de 2011 (Tabela 29), o contrato foi concebido para a conceção, financiamento, construção, manutenção e gestão do novo hospital e para a gestão do antigo hospital (Reynaldo dos Santos) enquanto o novo estava a ser construído, através da celebração de um contrato para a gestão do estabelecimento (10 anos) e para a gestão do edifício (30 anos). O contrato de gestão foi celebrado com as seguintes entidades: Entidades Gestoras (Parceiro Privado) Prestação dos Cuidados de Saúde: Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. (principal acionista Grupo José de Mello Saúde) e Gestão do Edifício: Escala Vila Franca, Sociedade Gestora do Edifício, S.A. (principal acionista Somague), sendo a

entidade Pública responsável pela gestão do Contrato a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ACSS, 2020).

O novo hospital começou a funcionar em março de 2013, dentro do prazo previsto, tendo como visão: Qualidade – Ser uma referência nacional pela qualidade, eficiência e segurança do serviço prestado; Satisfação dos Utentes – Obter um elevado nível de satisfação na população e Cultura – Desenvolver uma cultura forte e própria com elevado orgulho e satisfação por parte dos seus profissionais, sustentada por um modelo de gestão integrado, que assenta nos seguintes pilares:

- a) Prestação de cuidados de saúde, de acordo com as melhores práticas.
- b) Segurança do Utente e outras partes.
- c) Segurança da informação.
- d) Eficiência ambiental.
- e) Segurança e saúde no trabalho.
- f) Melhoria contínua.
- g) Cumprimento dos requisitos legais.

Relativamente aos indicadores de desempenho o HVFX sustenta que os mesmos permitem a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados de forma quantitativa, tendo sido concebidos com o objetivo de promover a melhoria contínua baseada em evidência. Entre o conjunto de indicadores clínicos monitorizados no HVFX, destacam-se os indicadores integrados em dois projetos assentes em processos de *Benchmarking*:

1. O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), criado pela Entidades Reguladora da Saúde (ERS) para avaliar o nível de excelência clínica dos diferentes prestadores nacionais, de acordo com critérios objetivos definidos para um conjunto de patologias.
2. A plataforma *Iametrics*, baseada em modelos de ajustamento pelo risco que possibilitam o cálculo de indicadores de qualidade, casuística e de complexidade, segundo padrões de comparação com hospitais similares da Península Ibérica.

Tabela 30 – Valências Hospital VFX

Unidade Hospitalar	Valências Médicas		Valências Cirúrgicas	Diagnóstico e Terapêutica
Hospital VFX	Cardiologia	Medicina Interna	Cirurgia Geral	Anatomia Patológica
	Dermatovenerologia	Neurologia	Oftalmologia (Novo Serviço)	Anestesiologia
	Doenças Infeciosas	Oncologia Médica	Ortopedia	Imuno-Hemoterapia
	Gastrenterologia	Pediatria	Otorrinolaringologia	Medicina Física e de Reabilitação
	Ginecologia/Obstetrícia	Pneumologia	Urologia	Radiodiagnóstico
	Medicina Física e de Reabilitação	Psiquiatria / Infância e Adolescência		

Fonte: Adaptado de ACSS (2020)

No que diz respeito aos serviços disponibilizados pelo HVX (Tabela 30), os mesmos são divididos por Especialidades, Unidades Especiais, Outros Serviços e Maternidade. Relativamente ao objeto da parceria, a destacar os seguintes elementos:

- ✓ N.º total de camas de internamento: 313
- ✓ N.º de salas do bloco operatório: 9
- ✓ N.º de gabinetes de consulta externa: 33
- ✓ Prazo de construção (incluindo período para testes e ensaios): 666 dias (cerca de 22 meses)
- ✓ Área de influência: A área de influência abrange os concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja e Vila Franca de Xira do distrito de Lisboa, e o de Benavente do distrito de Santarém.

3.4.2. Hospital de Cascais

O Hospital de Cascais Dr. José de Almeida funciona em regime de parceria público-privada servindo a população do concelho de Cascais e oito freguesias do concelho de Sintra, estas últimas exclusivamente na área materno-infantil. O modelo PPP foi desenvolvido tendo por base uma tipologia DBFO, isto é, incluiu a conceção, realização, financiamento e gestão da infraestrutura com a criação de duas entidades gestoras, uma dedicada à infraestrutura e equipamentos gerais (Entidade Gestora do Edifício), e outra que abrange a prestação de serviços clínicos e de apoio, e os investimentos em equipamentos médicos (Entidade Gestora do Estabelecimento), sendo que o ativo no final do período de concessão (30 anos) reverte para o Estado (TC, 2014).

Desde janeiro de 2009, a Lusíadas Saúde é responsável pela gestão do Hospital de Cascais (HC) sob o regimento do modelo PPP. O novo hospital começou a funcionar em fevereiro de 2010 como projetado, tendo 45.863 m² (área bruta de construção) (ACSS, 2020). Este foi o primeiro hospital do SNS a ser concessionado e construído sob este regimento em Portugal, prestando cuidados de saúde à população de Cascais, servindo oito aldeias de Sintra (Algueirão-Mem Martins; Pero Pinheiro; Colares; São João das Lampas; Terrugem; Santa Maria e São Miguel; São Martinho e São Pedro de Penaferrim). Sem ter em conta as aldeias de Sintra, o hospital cobre cerca de 170.000 habitantes de Cascais.

O HC tem como missão ajudar as pessoas a viver vidas mais saudáveis e contribuir para que o sistema de saúde funcione melhor para todos. É propósito do HC melhorar o desempenho do sistema de saúde, bem como a saúde e o bem-estar geral dos utentes e dos que lhes são próximos, trabalhando com profissionais da área da saúde e com outros importantes parceiros para facilitar o acesso a serviços de saúde de qualidade, para que as pessoas recebam os cuidados de que precisam a um preço acessível. O HC incentiva a relação entre médico e paciente, disponibilizando a informação, a orientação e as ferramentas

necessárias para que os clientes possam fazer escolhas e tomar decisões sobre a sua saúde. Esta missão do HC é sustentada por um modelo de gestão integrado, que assenta nos seguintes pilares:

- ✓ Integridade – Honrar compromissos e respeitar a ética.
- ✓ Compaixão – Pomo-nos na pele dos nossos clientes e dos nossos colaboradores.
- ✓ Relacionamento – Construir confiança através da colaboração.
- ✓ Inovação – Inventar o futuro, aprender com o passado.
- ✓ Desempenho – Demonstrar excelência em tudo o que fazemos (HC, 2020).

O modelo adotado para o HC assenta num contrato celebrado com duas entidades gestoras: a Lusíadas Saúde, para o estabelecimento hospitalar (responsável pela prestação de cuidados de saúde); e a Teixeira Duarte, para o edifício (responsável pela construção, financiamento, conservação e exploração do novo edifício). O contrato tem o prazo de 30 anos para o edifício hospitalar e 10 anos para a prestação de cuidados de saúde, renováveis até ao prazo máximo de 30 anos. No que diz respeito aos serviços disponibilizados pelo HC (Tabela 31), os mesmos são divididos por Especialidades, Serviços de Urgência, Internamento e Maternidade.

Tabela 31 – Valências HC

Unidade Hospitalar	Valências Médicas		Valências Cirúrgicas	Diagnóstico e Terapêutica
Hospital HC	Anatomia Patológica	Imagiologia	Cirurgia Geral	Anatomia Patológica
	Anestesiologia	Imunohemoterapia		Anestesiologia
	Cardiologia	Infeção VIH		Imuno-Hemoterapia
	Dermatologia	Medicina Física		Medicina Física e de Reabilitação
	UCI	Pneumologia		Radiodiagnóstico
	Urologia	Psiquiatria		
	Gastrenterologia	Medicina Interna		
	Ginecologia	Neurologia		

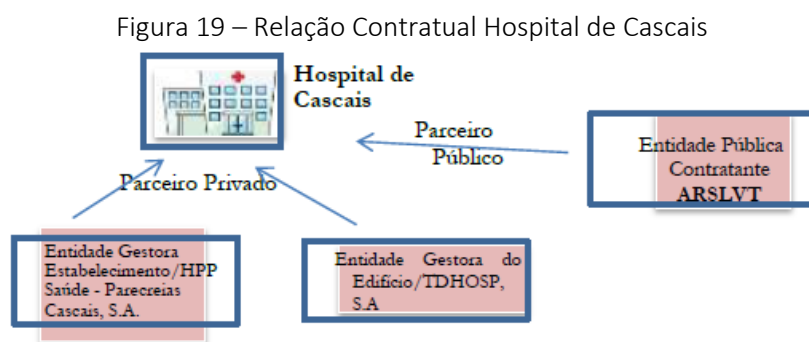
Fonte: Adaptado de ACSS (2020)

Relativamente à legislação, o HC é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde detido e gerido pela Lusíadas, S.A., registado, nos termos e para os efeitos do Decreto-Lei n.º 127/2014 de 22 de agosto, pela ERS – Entidade Reguladora da Saúde com o número E112974 . Relativamente ao objeto da parceria, a destacar os seguintes elementos:

- ✓ N.º total de camas de internamento: 277
- ✓ N.º de salas do bloco operatório: 6
- ✓ Nº de Blocos de Parto: 10
- ✓ N.º de gabinetes de consulta externa: 33
- ✓ Prazo de construção (incluindo período para testes e ensaios): 2 anos

- ✓ O valor do contrato ascende a 400 milhões de euros, sendo que 23 milhões de euros foram investidos pelo HPP Saúde.

Contratualmente, o Contrato de Gestão foi celebrado em regime PPP entre o Estado Português representado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., a HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A. e a TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar, S.A., conforme mostra a Figura 19.



Fonte: Adaptado de TC (2014)

3.4.3. Hospital de Braga

O Hospital de Braga insere-se na chamada primeira vaga das PPP em Saúde, que se iniciou nos anos de 2001 e 2002, e na qual também se inserem as PPP dos Hospitais de Loures, Cascais e Vila Franca de Xira (TC, 2016). Em maio de 2011, o novo Hospital de Braga (HB) veio substituir o antigo Hospital de São Marcos, uma estrutura com mais de 500 anos. A gestão do edifício foi assegurada por um parceiro privado desde o dia 1 de setembro de 2009, pela Escala de Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, SA (com uma grande parte do Grupo José Mello Saúde). Esta entidade foi responsável pela prestação de serviços de saúde (Tabela 32) no hospital (ACSS, 2020).

O novo Hospital de Braga cobre uma área de influência maior, e cerca de 1.200 mil pessoas provenientes dos distritos de Braga e Viana do Castelo. O contrato destinava-se à conceção, financiamento, construção, manutenção e gestão do novo Hospital de Braga e também à gestão do Hospital de São Marcos durante a construção do novo hospital, através da execução de um contrato para o estabelecimento da gestão (10 anos) e para a gestão de edifícios (30 anos) (ACSS, 2020). Durante o período de operação sob o modelo PPP, o Hospital de Braga ao nível da organização e governação e contrariamente ao verificado no setor empresarial do Estado (Hospitais EPE), a gestão assentou numa separação do órgão de gestão corrente do Hospital (Comissão Executiva) face às Direções Clínica e de Enfermagem. Esta solução de governação, em que as Direções Técnicas, embora participando no órgão de gestão, desempenhavam apenas funções não executivas, foi ao encontro do preconizado pelo TC (2016).

Tabela 32 – Valências HB

Unidade Hospitalar	Valências Médicas		Unidades Especiais	Outros Serviços
Hospital HB	Anatomia Patológica	Imagiologia	Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)	Serviço de Urgência
	Anestesiologia	Imunohemoterapia	Cuidados Neurocríticos	Serviços Farmacêuticos
	Cardiologia	Infeção VIH	Cuidados Intermédios Coronários (UCIC)	Farmácia de Ambulatório
	Dermatologia	Medicina Física	Cuidados Intermédios Médicos (UCIM)	
	UCI	Pneumologia	Cuidados Especiais Neonatais	
	Urologia	Psiquiatria	Cuidados Intermédios Pediátricos	
	Gastroenterologia	Medicina Interna	Hospital de Dia Oncológico	
	Ginecologia	Neurologia	Hospital de Dia Médico	

Fonte: Adaptado de ACSS (2020)

Adicionalmente, o Contrato de Gestão do Hospital de Braga, contrariamente ao verificado nas PPP dos Hospitais de Cascais e de Loures prevê, na cláusula 131^a, a atualização dos modelos financeiros das sociedades gestoras verificando-se que, anualmente e durante o período de execução do Contrato, foram realizadas as referidas atualizações. Esta prática foi ao encontro de recomendações produzidas pelo TC (2016). A 31 de agosto de 2019 terminou a Parceria Público-Privada do Hospital de Braga dando lugar ao Hospital de Braga, EPE.

3.4.4. Hospital de Loures

O Hospital Beatriz Ângelo é um hospital público, integrado no SNS e gerido em regime de Parceria Público-Privada pela Sociedade Gestora do Hospital de Loures (SGHL), do Grupo Espírito Santo Saúde. Esta nova unidade hospitalar, localizada em Loures, abriu portas em janeiro de 2012 e constitui um marco fundamental na requalificação da oferta em cuidados de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo. O Hospital Beatriz Ângelo tem uma área de influência que abrange cerca de 300 mil pessoas, distribuídas pelos concelhos de Loures (freguesias de Loures, Camarate, Bucelas, Unhos, Apelação, Sto. António dos Cavaleiros, Sto. Antão do Tojal, São Julião do Tojal, Fanhões, Lousa e Frielas), Mafra (freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro), Odivelas e Sobral de Monte Agraço.

Com mais de 1.200 colaboradores, sobretudo médicos e enfermeiros, o Hospital Beatriz Ângelo realiza anualmente cerca de 250 mil consultas externas de especialidade, 13 mil cirurgias, 2,2 mil partos e 185 mil atendimentos de urgência. Tem 418 camas de internamento e Urgência Geral Médico-Cirúrgica, Pediátrica e de Ginecologia-Obstetrícia (Tabela 33).

Tabela 33 – Valências HL

Unidade Hospitalar	Valências Médicas		Valências Cirúrgicas	Diagnóstico e Terapêutica
Hospital Loures	Reumatologia	Dermatovenereologia	Cirurgia Geral	Anatomia Patológica
	Urgência Geral	Endocrinologia	Cirurgia Plástica e Reconstructiva	Radiologia
	Angiologia e Cirurgia Vascular	Gastrenterologia		Imuno-Hemoterapia
	Cardiologia	Ginecologia-Obstetrícia		Medicina Física e de Reabilitação
	Urologia	Imunoalergologia		Ecodoppler
	Infecciologia (Doenças Infeciosas)	Neonatologia		Densitometria Óssea
	Nefrologia	Neurologia		Ecografia
	Otorrinolaringologia	Psicologia		Mamografia
	Patologia Clínica	Psiquiatria		Ortopantomografia
	Pediatria	Psiquiatria da Infância e Adolescência		Radiologia Geral
	Pneumologia	Ortopedia		Ressonância Magnética
	Medicina Intensiva	Neurorradiologia		TAC – Tomografia Computorizada
	Medicina Interna	Oftalmologia		Exames de Gastrenterologia
	Medicina Nuclear	Oncologia Médica		Exames de Cardiologia

Fonte: Adaptado de ACSS (2020)

No âmbito da Parceria Público-Privada, o Hospital Beatriz Ângelo foi objeto de dois contratos com o Ministério da Saúde: um determina que a construção do hospital foi da responsabilidade da HL – Sociedade Gestora do Edifício, SA, que tem ainda de garantir a manutenção do edifício por um período de 30 anos. O outro contrato diz respeito à gestão clínica do Hospital, atribuindo a sua responsabilidade à SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A., por um período de dez anos.

No dia 31 de dezembro de 2009 foi assinado o contrato de gestão do Hospital Beatriz Ângelo, pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em representação do Estado Português, pela SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA e pela HL – Sociedade Gestora do Edifício, SA. O nome do Hospital homenageia a primeira mulher que votou em Portugal e a primeira médica a operar no Hospital de São José, de Lisboa. Beatriz Ângelo era republicana e participou ativamente na revolução que conduziu à queda da Monarquia, estando profundamente comprometida com valores e ideais humanistas e empenhada em transformar a sociedade e em construir um Mundo mais justo e fraterno através da intervenção política e social, mas sobretudo através do exercício da Medicina, fazendo-a chegar aos mais pobres e necessitados.

O HL tem como missão prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em

princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade. A cultura dos colaboradores do Hospital Beatriz Ângelo baseia-se em oito valores fundamentais: Procura incansável de resultados, rigor intelectual, aprendizagem constante, responsabilidade pessoal, respeito e humildade, atitude positiva, integridade e espírito de equipa.

Definida a amostra para o nosso estudo, importa descrever os procedimentos aplicados aos métodos de investigação escolhidos, nomeadamente o recurso a questionários e pesquisa de arquivo.

3.5. Aplicação do questionário

O desenho do questionário (Anexo A) foi ajustado para que todas as questões sobre as medidas das escalas fossem de resposta obrigatória, resolvendo desde logo o problema das não-respostas (Reis & Moreira, 1993).

Tendo em conta as limitações impostas pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados e as dificuldades acrescidas durante a pandemia COVID-19, foi-nos impossível obter uma lista dos utentes desses hospitais, o que inviabiliza a utilização de um processo de amostragem aleatória simples. Assim, a aleatoriedade da amostra advém da escolha livre de cada utente dos concelhos selecionados, em responder ao questionário em formato digital e acessível *on-line*.

No sentido de maximizar a taxa de resposta foram contactados os vereadores responsáveis pelo pelouro da saúde de cada câmara municipal (Anexo F), no sentido de dinamizarmos as respostas dos munícipes. Assim, o questionário foi publicado nos canais digitais de cada município, nomeadamente nos sites institucionais, nos canais oficiais no Facebook e LinkedIn, e em outros canais utilizados em particular em cada município para contactar os munícipes.

Os concelhos dos hospitais em estudo foram critério de admissibilidade absoluto, sendo filtrado pela primeira questão do formulário. Olhando à necessidade de validar escalas, e ao facto de desejarmos obter uma amostra representativa dos utentes, decidimos que o número mínimo de resposta a obter deveria de ser de, pelo menos, 200 por hospital, o que nos garante um nível de confiança acima de 95% e um poder de teste superior a 80% (MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996).

Relativamente à introdução, edição, revisão e análise dos dados, utilizámos os programas informáticos IBM SPSS 26.0 e AMOS 26.0.

3.6. Pesquisa de arquivo (*Archival Research*)

Para medir as variáveis ‘Resultados Economico-Financeiros’ e “*Performance* do Serviço”, realizamos uma investigação com recurso ao método ‘Pesquisa de Arquivo’.

Dados de arquivo podem ser definidos como os dados secundários que são recolhidos e armazenados antes do início da investigação, destinados a utilização posterior. Os dados de arquivo podem incluir dados estatísticos, processos judiciais, registos de institutos, históricos de crédito, e registos educacionais, entre outros. Os dados de arquivos de empresas podem ser constituídos por relatórios anuais, ficheiros de análise, e respostas a inquéritos realizados em momentos diferentes (Das et al., 2018). Ao longo das últimas duas décadas, temos assistido a um investimento em larga escala para a disponibilização de arquivos e repositórios que capturam uma avalanche de novos dados. Além disso, temos assistido a uma tremenda inovação em métodos abrangentes de reutilização de dados qualitativos (e.g., Davidson et al., 2019; Hughes et al., 2020; Hughes & Tarrant, 2020; Tarrant & Hughes, 2019).

Os dados qualitativos em arquivos são uma fonte rica e única de informação de investigação que pode ser reanalisada, retrabalhada, e comparada com os dados contemporâneos (Cassell & Symon, 2012), sendo que estes dados podem ser facilmente utilizados para replicar conclusões de investigação, pois aumentam a generalidade das teorias (Das et al., 2018; O'Reilly & Reed, 2010).

A credibilidade é frequentemente apontada como um problema nesta técnica de recolha de dados, mas, na verdade, a descoberta de erros ou distorções é o objetivo deste tipo de análise. A representatividade da amostragem raramente é um problema para análises de artigos de jornais ou revistas, já que o universo em que uma determinada amostragem é coletada é geralmente determinável, especialmente quando uma grande variedade de jornais é empregue (Bryman & Bell, 2011).

Para que uma recolha de dados possa ser reutilizável, as recolhas devem ser 'processadas', envolvendo uma série de atividades que permitirão que um conjunto de dados seja reutilizável, incluindo: verificação, digitalização, reconhecimento ótico de caracteres, conversão, anonimização, organização e criação de metadados (Cassell & Symon, 2012). Os dados para o nosso trabalho foram recolhidos a partir de registos documentais e arquivísticos como fontes de prova (Yin, 2009), sendo os dados secundários (recolhidos por outros autores) como terciários (já analisados por outros autores) (Blaikie, 2000; Bryman, 2004). Os dados secundários incluíram relatórios e auditorias realizadas por várias entidades Públicas (UTAO, UTAP, TC, etc.), e os dados terciários basearam-se, entre outras fontes, em estudos levados a cabo por entidades privadas ou governamentais (EU, WB, TCE, UC, etc).

Serão investigadas informações documentais relativas ao investimento, custo, produção, capacidade de produção e indicadores de qualidade de 8 hospitais portugueses, para o período compreendido entre 2012 e 2021. Quatro dos Hospitais a estudar operam em regime PPP e outros 4 são geridos em regime EPE (puramente públicos). Para termos sucesso nesta metodologia de investigação, devemos elaborar três documentos cruciais, que permitirão tanto a descoberta de recursos de dados relevantes, como a reutilização informada. Assim, o

primeiro será um 'Registo de Catálogo' sistemático que fornece uma visão detalhada do estudo, a dimensão e o conteúdo do conjunto de dados, a sua disponibilidade e quaisquer termos e condições de acesso. O segundo será um 'Guia do Utilizador', que reúne documentação chave da investigação, contendo informação sobre como utilizar os dados, como os dados foram recolhidos, os guias temáticos originais e publicações. Finalmente, uma 'Listagem de Dados', onde serão detalhadas as características-chave dos dados, sendo construída para ajudar os leitores a identificarem tipos particulares de dados. Em muitos aspetos, estas características únicas são análogas a 'variáveis' em conjuntos de dados quantitativos (Cassell & Symon, 2012).

Os resultados serão discutidos tendo por base numa análise lógica, sendo que esta opção pode apresentar algumas dificuldades, especialmente no que diz respeito à racionalidade das crenças empíricas (Weintraub, 2001). As crenças empíricas podem ser falsas, mesmo que tenham sido criadas racional e logicamente, mas se o erro lógico é possível, então também o é uma disputa real sobre qual é a lógica correta (Weintraub, 2001, p. 17). Para ultrapassar quaisquer dúvidas, procedemos à recolha do maior número possível de documentos/estudos (Anexo F) tendo em vista a discussão dos resultados apresentados.

Numa fase final da investigação, recorrendo a uma metodologia qualitativa, determinámos a relação entre os benefícios sociais e económico-financeiros obtidos entre 2012 e 2021 em Portugal e, de que forma esta relação podia ou não resultar numa conclusão inequívoca de que o modelo de gestão PPP é atualmente válido e o mais adequado para alguns dos projetos dos cuidados de saúde. Por via de análises exploratórias dos dados de saúde adquiridos em repositórios nacionais (*Benchmarking Data Base – ACSS*), dos atos legislativos relacionados com a cooperação entre os setores público e privado, e das votações formais de todas as forças políticas, será possível aferir de que forma as decisões tomadas pelo Estado Português estão alinhadas com os resultados obtidos na análise das variáveis e dimensões já identificadas. Neste relacionamento, é importante referir que não só os indivíduos que integram as instituições governamentais têm ideias sobre os instrumentos de gestão apropriados, mas as próprias instituições públicas parecem interligar certas abordagens aos problemas políticos, sendo que a memória coletiva tenderá a produzir os mesmos resultados a partir das deliberações ao longo do tempo. Não só a memória coletiva tende a ser associada ao uso repetitivo de certos instrumentos, mas a própria natureza das instituições pode limitar as suas escolhas (Linder & Peters, 1989). De igual forma, e recorrendo à *Social Exchange Theory*, será possível perceber de que forma se relaciona a qualidade dos serviços prestados, e as hipotéticas poupanças económicas obtidas dos Hospitais PPP, com a satisfação da população face ao contributo (impostos) que fornecem ao Estado, e se este relacionamento é enviesado pelo nível de informação e envolvimento da população (grau de literacia).

3.7. Questões éticas

Relativamente às informações sobre a proteção de dados, os dados serão recolhidos, processados e analisados em concordância com o Regulamento Geral da Proteção de Dados (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, relativo à proteção de pessoas singulares no que diz respeito ao processamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

No que às informações sobre o tratamento e armazenamento de dados diz respeito, todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial. Os dados socio-demográficos serão analisados de forma agregada. Nenhum item permitirá identificar o/a participante. Todos os dados recolhidos serão armazenados num servidor da UPT, em cumprimento dos preceitos éticos definidos no âmbito do presente trabalho.

Quanto aos direitos do titular dos dados, enquanto titular dos dados, a lei reconhece aos inquiridos os seguintes direitos: informação, acesso, retificação, apagamento, portabilidade e limitação do tratamento. O exercício destes direitos poderá ser feito junto do responsável pelo tratamento de dados da UPT, através do e-mail: rgpd@upt.pt

Os questionários contemplarão uma declaração expressa de consentimento, que se traduz no seguinte texto: “Declaro que tomei conhecimento dos objetivos do questionário. Participo de forma voluntária e fui informado/a de que a minha participação, a sua interrupção, ou recusa em participar, não traria quaisquer benefícios ou prejuízos pessoais.”

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nos pontos seguintes, do presente capítulo, apresentaremos não só os resultados relativos à aplicação dos métodos de investigação qualitativa, mas também os resultados da aplicação de inquéritos que encerram uma metodologia quantitativa, sendo efetuada a respetiva discussão dos resultados obtidos.

Tabela 34 – Enquadramento da apresentação e discussão de resultados

ID	Questões de investigação	Método
1	Será que o modelo proposto para analisar a relação entre a qualidade percebida dos utentes e a sua satisfação com os serviços é ajustado aos dados recolhidos na população?	Modelo de equações estruturais
2	Será que as seguintes variáveis moderam a relação entre a qualidade percebida dos utentes e o seu grau de satisfação geral com os serviços? a) Grau de literacia b) Idade c) Rendimento d) Escolaridade	Modelo de equações estruturais
3	Qual o grau de satisfação da população portuguesa face à qualidade do serviço prestado pelos Hospitais PPP?	Média do nível de satisfação
4	A população portuguesa está devidamente informada e esclarecida quanto ao modelo PPP na área da saúde (grau de literacia)?	Modelo de equações estruturais
5	Nos últimos 10 anos, os resultados económico-financeiros (VfM) do modelo PPP, aplicado na área hospitalar, foram positivos (existindo VfM) ou negativos (ausência de VfM)?	Pesquisa de Arquivo
6	A <i>performance</i> (Indicadores assistenciais e Económico-financeiros), registada nos últimos 10 anos, dos Hospitais PPP é inferior ou superior <i>performance</i> dos hospitais EPE?	Pesquisa de Arquivo
7	O desempenho, das PPP no setor da Saúde, é adequado, em função do acordado contratualmente com o Estado?	Pesquisa de Arquivo
8	Os 4 Hospitais PPP atingiram os objetivos traçados aquando da sua adjudicação, em termos de benefícios sociais?	Pesquisa de Arquivo
9	Que conclusões podemos retirar das avaliações, quantitativas e qualitativas, ao modelo de gestão PPP na área da saúde em Portugal?	Pesquisa de Arquivo

Fonte: Elaboração própria

A apresentação e discussão dos resultados seguirá a ordem das questões de investigação descritas na Tabela 34.

4.1. Análise Estatística do Inquérito

4.1.1. Análise descritiva dos dados

Os dados resultantes da aplicação do questionário (Anexo A) foram coletados durante um período de 3 meses, entre 23 de junho de 2021 e 23 de setembro do mesmo ano. Foram

considerados como válidas 2.304 respostas das 3.104 recebidas, sendo as mesmas distribuídas de acordo com o descrito na Tabela 35.

Tabela 35 – Distribuição de respostas válidas

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Hospital de Braga	233	10,1	10,1
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	222	9,6	19,7
Hospital Beatriz Ângelo – Loures	304	13,2	32,9
Hospital Vila Franca de Xira	274	11,9	44,8
Hospital Distrital Figueira da Foz	212	9,2	54,0
Centro Hospitalar de Setúbal	210	9,1	63,2
Hospital Santo André – Leiria	372	16,1	79,3
Hospital do Espírito Santo de Évora	250	10,9	90,1
Outro	227	9,9	100,0
Total	2.304	100,0	

Fonte: Elaboração própria

As respostas válidas permitiram-nos obter uma amostra significativa para todos os hospitais pertencentes à nossa amostra, com um número absoluto superior a 200 respostas válidas por unidade hospitalar, como mínimo de garantia de poder de teste superior a 80% e de nível de confiança superior a 95%.

Quanto ao tipo de hospital utilizado pelos utentes, verificamos também que as respostas estão distribuídas de forma equilibrada entre respondentes que utilizaram hospitais PPP e os que utilizaram hospitais EPE (Tabela 36).

Tabela 36 – Tipo de hospital utilizado

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
PPP	1.033	44,8	44,8
EPE	1.239	53,8	98,6
Privado	32	1,4	100,0
Total	2.304	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à caracterização sócio-demográfica dos respondentes, de salientar que 74,5% das respostas válidas foram dadas por indivíduos do sexo feminino e 25,5% do sexo masculino.

Quanto ao nível de escolaridade, 7,8% das respostas foram de utentes com o nível básico de ensino, 46,2% com o nível secundário, e 46% com um nível de ensino superior. Uma distribuição que não surpreende dada a metodologia de recolha de respostas empregue no nosso estudo, tendo a mesma sido totalmente com recurso a ferramentas *online*, sendo certo que o nível de literacia digital desce à medida que o nível de escolaridade também desce.

Quanto à distribuição face ao rendimento (bruto mensal), a mesma está refletida na Tabela 37. De referir que 10,5% dos inquiridos admitiram não ter rendimentos, podendo estes representar os estudantes ou desempregados.

Tabela 37 – Distribuição face ao rendimento

	Percentagem
até 508€	5,9
de 508€ a 767€	22,8
de 767€ a 1452€	36,1
de 1452€ a 1791€	11
de 1791€ a 2640€	8,1
de 2640€ a 5777€	4,3
mais de 5777€	1,3
sem rendimento	10,5
Total	100,0

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à idade dos inquiridos, obtivemos uma distribuição que não representa proporcionalmente a população portuguesa (Tabela 38), o que seria de esperar, olhando ao facto de que as pessoas de idade mais avançada terão mais limitações na utilização de meios informáticos disponibilizados para a resposta ao inquérito.

Tabela 38 – Distribuição face à idade

	Distribuição questionário	Distribuição 2020
18-25 anos	6,9%	10,7
26-35 anos	26,8%	10,8
36-45 anos	42,4%	13,9
46-55 anos	12,9%	14,9
56-65 anos	9,5%	13,8
mais de 65 anos	1,5%	22,4

Fonte: Elaboração própria & Pordata (2020)

No entanto, e como acontece sempre com este tipo de estudos, temos de aceitar esta limitação e possível enviesamento, que advém do facto de só termos respostas de quem gosta e/ou pode responder a este tipo de inquéritos.

4.1.2. Amostra para a validação das escalas

Idealmente, devemos procurar validar as escalas numa amostra da população e, depois, utilizando outras amostras no mesmo contexto para verificar se o modelo criado é ou não representativo dos dados que se obtiveram (Ribeiro, 2007). Outra razão prende-se com o facto de que uma amostra muito grande, como acontece no nosso estudo, permite validar mais facilmente todas as estimativas dos parâmetros do modelo (menores erros-padrão), o que não é aconselhável quando se utiliza um modelo de equações estruturais (Diamantopoulos & Siguaw, 2000). Assim, escolhemos uma amostra da nossa amostra global, recorrendo a um processo de amostragem aleatório sistemático, com $k = 6$, o que implica 384 casos. O poder das estimativas com este tamanho amostral ronda os 85% (MacCallum et al., 1996).

4.1.3. Análise da distribuição das variáveis

Como já foi referido, o inquérito *online* obrigava a que os inquiridos respondessem a todas as questões, logo não existem nos inquéritos validados quaisquer valores omissos. Existem alguns *outliers* em todas as variáveis, contudo, e porque representam minorias mais extremadas da população que efetivamente existem, decidimos manter todas as observações.

A análise da normalidade univariada leva-nos a conclusões conflitantes. Por um lado, segundo Finney e Distefano (2006), Curran et al. (1996), e West et al. (1995), os estimadores mais utilizados (ML – *maximum likelihood*, e GLS – *generalized least squares*) apresentam resultados enviesados para valores absolutos de assimetria > 2 , e de curtose > 7 . Ora, todas as variáveis apresentam valores abaixo destes limites. No entanto, se fizermos um teste simples a estes valores (divisão pelos respetivos erros-padrão), verificamos que os seus rácios críticos estão quase todos acima do valor de 1,96, correspondendo ao valor da normal com 97,5% de probabilidade acumulada, logo permitindo concluir que negaríamos a hipótese nula de as variáveis seguirem uma distribuição normal.

Os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* realizados apontam também todos a falta de normalidade das variáveis. Adicionalmente, a curtose multivariada, que é medida no *software* AMOS pelo coeficiente de Mardia, o qual tem também uma distribuição assintótica normal reduzida ($[N(0, 1)]$), apresenta valores ($K = 155,492$) e um rácio crítico (41,465) muito elevado, mostrando que não existe normalidade multivariada. Como tal, optou-se pela escolha de um estimador que não apresenta o pressuposto da normalidade multivariada,

como é o caso, no AMOS, do ADF (*Assymtotically Distribution Free*), que corresponde, noutros softwares, ao estimado WLS (*Weighted Least Squares*).

4.1.4. Análise descritiva das variáveis manifestas

A análise descritiva das variáveis manifestas é feita com os valores da mediana (medida de localização central) e do intervalo interquartis (medida de dispersão), que são os indicados para as variáveis em escala ordinal. Todas as variáveis foram respondidas na escala de Likert (1 – Concordo totalmente; 2 – Concordo; 3 – Nem concordo nem discordo; 4 – Discordo; 5 – Discordo totalmente), exceto a variável ‘Satisfação’ que foi medida numa escala de 1 a 10 (1 = absolutamente satisfeito até 10 = absolutamente insatisfeito). Como estes resultados não são importantes para dar resposta às questões de investigação, a não ser quando pesam nas escalas respetivas, e olhando ao número elevado de tabelas sem qualquer valor acrescentado para a nossa análise, decidimos não os apresentar neste trabalho.

4.1.5. Dimensionalidade

Para estudar a dimensionalidade, a fiabilidade e a validade das escalas, usamos a abordagem da teoria de testes clássica, visto ser a mais utilizada nas ciências sociais e do comportamento (Malhotra et al., 2012).

4.1.5.1. Escala Healthqual

No sentido de avaliarmos a escala Healthqual, proposta por Lee (2017), procurámos inicialmente verificar se os dados seriam ajustados para a realização de análises fatoriais. Para tal, foi calculada a estatística KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*), a qual apresenta valores entre zero e um, comparando as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2003). De acordo com este critério, os valores do KMO acima de 0,9 são considerados ótimos, os valores na casa dos 0,8 são considerados muito bons, os valores na casa dos 0,7 são bons, os valores na casa dos 0,6 são satisfatórios, os valores na casa dos 0,5 são medíocres e os valores inferiores a 0,5 não são, normalmente, aceites (Norusis, 1993).

Também para verificar se as variáveis são adequadas à análise fatorial, usa-se o teste de esfericidade de *Bartlett* (Bartlett, 1954), que testa a significância global de todas as correlações entre as variáveis, e que deverá apresentar uma estatística qui-quadrado significativa ($p < 0,05$).

A verificação do determinante da matriz-R (de correlações) pode indicar-nos se há ou não multicolinearidade excessiva (tem de haver alguma para valer a pena fazer uma análise fatorial), o que acontecerá se o seu valor for menor do que 0,00001 (Nunnally & Bernstein, 1994).

A opção 'Reproduzido' no SPSS dá-nos um sumário das diferenças entre a matriz de correlações baseada no modelo e a matriz de correlações baseada nos dados reais. Idealmente, queremos que poucos valores sejam maiores do que 0,05. Se mais de 50% destas diferenças for maior que 0,05, então podemos pensar que o modelo não se ajusta aos dados de modo significativo.

Seguindo Hair et al. (1998), foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para determinar se as dimensões previstas na escala original se mantinham, usando o método *Principal axis factoring* com rotação Varimax, isto é, permitindo a natural correlação entre as dimensões de uma variável latente, mas procurando distingui-las de forma ortogonal. Os valores encontrados são apresentados na Tabela 39.

Tabela 39 – Avaliação das variáveis para a análise fatorial da escala da Qualidade

	Resultado	Conclusão
<i>KMO</i>	0,971	Ótimo
<i>Teste de esfericidade de Bartlett</i>	$\chi^2_{(300)} = 9038,662$ $p < 0,001$	Ótimo
<i>Determinante da matriz de correlações</i>	3,16E-11	Valor muito baixo, indiciando multicolinearidade excessiva
<i>Análise dos resíduos calculados entre as correlações observadas e reproduzidas</i>	6 (2%) valores absolutos maiores do que 0,05	Ótimo

Fonte: Elaboração própria

Como podemos verificar pelos resultados acima, existe um problema de multicolinearidade excessiva que tem de ser controlado.

Quanto ao número de fatores extraídos, usamos o critério de *Kaiser-Guttman* (Guttman, 1954; Kaiser, 1960, 1970), o que implica escolher só aqueles que apresentam um autovalor (*eigenvalue*) superior a 1, isto é, em que o montante de variância contabilizado por ele é superior à variância média padronizada de todos os itens, logo igual a 1. Um autovalor menor do que 1 indica que o fator contabiliza menos variância do que qualquer item isolado, logo será considerado pouco significativo. No nosso caso, verificamos que só existiriam 3 fatores pelo critério de *Kaiser-Guttman*, explicando 71,04% da variância total.

Analisando a distribuição dos itens pelos cinco fatores extraídos, verificamos que eles não seguem as dimensões apontadas no estudo original de Lee (2017), sendo que os itens da Empatia, Eficácia, Eficiência e Resultados têm o peso determinante do primeiro fator, portanto aparecendo juntos. Assim, resolvemos estudar o modelo só com 3 dimensões, como sugere a análise fatorial inicial. Descrevemos, seguidamente, os passos e decisões tomadas para purificar nesta fase a escala e dar-lhe consistência dimensional:

1. Verificou-se que o item Eci1 apresentava pesos idênticos nos 3 fatores, logo foi eliminado.
2. Refazendo a AFC, verificou-se que só dois fatores apresentavam autovalores maiores do que 1. Avaliando o modelo com dois e três fatores, foi evidente que os itens Eci3, Eci4 e Eci5 não apresentavam também uma correlação elevada com um só fator, o que levou à sua eliminação.
3. A AFC com dois fatores apresenta uma melhoria na questão da multicolinearidade, mas ainda não completamente resolvida. Os dois fatores explicam 71,4% da variância total, o que é muito bom, comparando com o modelo original. A rotação de fatores mostra-nos claramente que só existem duas dimensões na escala quando aplicada na população portuguesa.
4. Para controlar a multicolinearidade excessiva, resolvemos verificar quais as variáveis que apresentavam correlações maiores do que 0,8. Foi eliminada a variável Em3, pois era a que apresentava maior número de correlações elevadas.
5. Refazendo os cálculos, eliminou-se, passo a passo, as variáveis Em4, Em5, R1, R2 e Eca4 pelas mesmas razões, melhorando o valor do determinante da matriz para 0,000065, o que se considerou aceitável. Mesmo assim, as variáveis que ficaram na escala explicam 69,14% da variância total.

As duas dimensões da escala de medição da Qualidade percebida pelos utentes, após análise dos itens, ficaram assim denominadas, e com a seguinte distribuição de itens e pesos dos fatores (Tabela 40):

Tabela 40 – Escala de medição da Qualidade percebida

Itens	Em1	Em2	EA1	EA2	EA3	EA4	EA5	Eca1	Eca2	Eca3	Eca5	Eci2	R3	R4	R5
<i>Eficácia do Corpo Clínico</i>	0,759	0,795						0,626	0,807	0,621	0,867	0,684	0,821	0,771	0,724
<i>Espaço e Ambiente</i>			0,771	0,814	0,643	0,708	0,645								

Fonte: Elaboração própria

Note-se que todos os pesos dos fatores são maiores do que 0,62.

4.1.5.2. Escala do Grau de Literacia

Novamente, usando o método Principal *axis factoring* com rotação Varimax, isto é, permitindo a natural correlação entre as dimensões de uma variável latente, mas procurando distingui-las de forma ortogonal, obtivemos os valores apresentados na Tabela 41.

Tabela 41 – Avaliação das variáveis para a análise fatorial da escala da Literacia

	Resultado	Conclusão
<i>KMO</i>	0,60	Satisfatório
<i>Teste de esfericidade de Bartlett</i>	$\chi^2_{(15)} = 553,456$ $p < 0,001$	Ótimo
<i>Determinante da matriz de correlações</i>	0,233	Ótimo
<i>Análise dos resíduos calculados entre as correlações observadas e reproduzidas</i>	2 (13,0%) com valores absolutos maiores do que 0,05	Ótimo

Fonte: Elaboração própria

Verificamos que existiriam só 2 fatores pelo critério de *Kaiser-Guttman*, explicando 58,45% da variância total, mas que três fatores poderiam ser aceitáveis, como previsto, explicando 74,36% da variância total. Contudo, verificou-se que os fatores não pesavam nos itens conforme previsto na literatura. Assim, eliminamos os itens GLI1 (peso negativo, contrário ao previsto) e GLI2 (peso baixo de todos os fatores) e refizemos a AFC. O resultado aponta para a existência de 2 dimensões que explicam 77,33% da variância total.

Como esta escala mede uma variável moderadora, decidimos calcular as suas pontuações através da análise fatorial, e utilizá-las para criar uma variável dicotômica que permita uma análise multigrupo com o AMOS.

4.1.6. Análise da fiabilidade das escalas

A avaliação da fiabilidade das escalas foi feita recorrendo a várias técnicas. Analisou-se o inter-relacionamento entre os itens das escalas, avaliando as correlações corrigidas item-total ($> 0,3$), a média das correlações inter-itens ($> 0,5$), e o *alfa* de *Cronbach* ($> 0,7$) (Nunnally, 1978). Assim, o *alfa* representa a proporção da variância total da escala que é atribuível a uma fonte comum. Consideram-se que os valores mínimos de 0,6 e 0,7 conforme seja pesquisa exploratória ou confirmatória sejam aceitáveis (DeVellis, 1991; Nunnally, 1978).

Para aprofundar esta análise, também calculámos a fiabilidade composta e a média da variância extraída das variáveis latentes (Fornell & Larcker, 1981; Hair et al., 1998). Usamos o *software* AMOS com uma estimação ADF (*Asymptotically Distribution-Free*), de modo a contornar os problemas da falta de normalidade das variáveis. Este método de estimação deve ser utilizado com amostras grandes (mais de mil observações), como acontece com o nosso estudo.

A Fiabilidade Composta (FC) das variáveis latentes é similar ao *alfa* de *Cronbach*. Este coeficiente deverá ser superior a 0,6 (Bagozzi & Yi, 1988) ou, preferentemente, a 0,7 (Hair et al., 1998, p.612).

A Média da Variância Extraída (MVE) reflete o montante global da variância nos indicadores contabilizada por cada fator (latente). Um valor elevado ocorre quando os

indicadores são verdadeiramente representativos da variável latente. A MVE deve ser maior do que 0,5 (Fornell & Larcker, 1981).

Tabela 42 – Quadro Resumo das Escalas

Escalas	α Cronbach	Mínimo das correlações item-total corrigidas	Média das correlações inter-itens	Fiabilidade Composta	Média da Variância Extraída
Eficácia do Corpo Clínico	0,948	0,668	0,647	0,966	0,738
Espaço e Ambiente	0,880	0,661	0,594	0,936	0,746
QUALIDADE	0,946	0,548	0,539	0,976	0,733
Grau de Literacia	0,702	0,276	0,368	0,735	0,457
Grau de Literacia^a	0,757	0,387	0,509	0,834	0,643

Fonte: Elaboração própria. ^a Após eliminação do item GLA2.

A Tabela 42 mostra que todas as escalas apresentam, após a sua purificação, os valores considerados adequados para dar continuidade ao nosso estudo. No entanto, a fiabilidade é uma condição necessária, mas não suficiente para a validade (Churchill, 1979). Assim, apresentamos a análise de validade na próxima seção.

4.1.7. Análise da validade das escalas

A validade dos constructos (variáveis latentes) refere-se à extensão com que um conjunto de itens realmente reflete o constructo teórico que pretende medir. No seu conjunto, as validades de tradução (conteúdo e face), teórica (convergente, discriminante e nomológica) e empírica (de critério e a de grupo conhecido), representam as fontes mais frequentemente utilizadas de validade do constructo (Hair et al., 2005).

A validade de tradução tem a ver com o conteúdo dos itens, existindo dois tipos: a de conteúdo e a de face. Utilizou-se a avaliação de 3 peritos e de 20 utentes para avaliar estas validades.

A validade de conteúdo tem a ver com a representatividade dos itens em relação ao domínio teórico dos constructos, assim como com o processo de geração dos itens e os esforços dos peritos. As escalas deste estudo já existiam na literatura (Healthqual – Lee, 2017; Grau de Literacia – Sørensen et al., 2012). Como tal, e após os pré-testes, considerou-se que as escalas tinham validade de conteúdo.

A validade de face refere-se à aparência de que a escala tem validade, induzindo à cooperação dos inquiridos, pela facilidade de uso, pela sua clareza, instruções fáceis de entender, e formatos fáceis de resposta. Isto é, o instrumento de medida, quando aplicado na prática, e para além da validade estatística, aparenta ser prático, pertinente e relacionado com os propósitos do próprio instrumento. Portanto, tem a ver com a opinião e percepção dos

inquiridos. Assim, foi realizado um pré-teste ao questionário desenvolvido, contemplando 20 elementos da população relevante. O pré-teste contemplou a resposta dos inquiridos a todas as questões do formulário e a produção de uma avaliação qualitativa relativamente aos seguintes pontos:

- a) Percetibilidade do questionário
- b) Entendimento das questões
- c) Extensão do questionário
- d) Erros ortográficos ou de semântica
- e) Aspeto visual do questionário
- f) Outras notas
- g) Tempo despendido para resposta

Os resultados do pré-teste (Anexo G) permitiram corrigir o questionário, assumindo-se que passou a ter validade de face.

As validades convergente, discriminante e nomológica foram avaliadas no contexto de AFC e de teste do modelo (Anderson & Gerbing, 1991; Malhotra et al., 2012). Mais especificamente, depois de conduzir a AFC, avaliam-se vários índices de bondade do ajustamento do modelo. Sendo considerado aceitável o ajustamento do modelo, então podemos confirmar a validade convergente e a validade discriminante usando os critérios da FC e da MVE (Fornell & Larcker, 1981; Malhotra, 2010). O nível de significância e a magnitude da relação entre o constructo focal de interesse e os outros constructos de uma estrutura teórica estabelecida fornecerão evidência sobre a validade nomológica da medição (Bagozzi, 1980a).

A validade convergente requer que os itens (variáveis manifestas) escolhidos para medir os constructos (variáveis latentes) estejam a eles associados, isto é, que compartilhem uma elevada proporção de variância em comum. Podemos fazer esta avaliação pela análise fiabilidade das escalas (já efetuada), do valor dos pesos fatoriais (já apontados na AFC), da MVE ($> 0,5$) e do valor da FC ($> 0,7$) (Bollen, 1989; Fornell e Larcker, 1981).

Dois técnicas para avaliar a validade discriminante: (1) calcular a média da variância extraída em cada par de dimensões e verificar se é superior à variância partilhada pelos dois fatores (o quadrado da correlação entre os dois fatores); e (2) se um modelo com os dois fatores se ajusta significativamente melhor que o modelo de um só fator, então existe validade discriminante.

Na Tabela 43, pode-se verificar que existe validade convergente ($MVE > 0,5$ e $FC > 0,7$) e discriminante ($MVE > R^2$ para cada par de variáveis latentes).

Tabela 43 – Avaliação das validades convergente e discriminante

Escalas	Fiabilidade Composta	Média da Variância Extraída	R ²
Eficácia do Corpo Clínico	0,966	0,738	EA – ECC (0,674)
Espaço e Ambiente	0,936	0,746	EA – GL (0,095)
Grau de Literacia	0,834	0,643	ECC – GL (0,107)

Fonte: Elaboração própria

Se testarmos o modelo de dois fatores [Índice de ajustamento comparativo (CFI = 0,711), Índice de bondade do ajustamento (GFI = 0,850), e Erro quadrático médio de aproximação (RMSEA = 0,072) relativamente ao modelo só com um fator (CFI = 0,621; GFI = 0,818; RMSEA = 0,082), verifica-se que o ajustamento é melhor no modelo de dois fatores, logo demonstrando que existe validade discriminante entre eles.

A validade de grupo conhecido envolve a capacidade de a medida distinguir entre grupos de pessoas que devem pontuar alto ou baixo no traço. No nosso estudo não é possível fazer esta avaliação pela ausência de conhecimento prévio de grupos distintos que tenham opiniões diferentes quanto a estes constructos.

A validade relacionada com o critério tem a ver com o grau com que o constructo está relacionado com uma variável de critério, sendo capaz de prever as variações de outra variável com ele relacionada. No presente estudo, visto que as variáveis foram medidas na mesma altura, então esta validade é avaliada pela validade concorrente. No entanto, é necessário avaliar se pode existir o constructo de segunda ordem – Qualidade percebida dos utentes. Para tal, comparou-se os dois modelos com o AMOS: com dois fatores de primeira ordem e com o fator de segunda ordem (Brown, 1982) verificando-se que temos o mesmo valor da χ^2 (265,649) e dos graus de liberdade (89), logo ambos os modelos representam a mesma realidade, como tal, podemos utilizar a variável latente de segunda ordem referente à Qualidade percebida pelos utentes.

Estudando o modelo final, com o impacto da Qualidade na Satisfação, e ajustando-o através de algumas correlações que podem existir entre os erros dos itens, encontramos os seguintes indicadores de bondade de ajustamento (Tabela 44), que mostram que o modelo tem uma boa adequação aos dados desta amostra de teste com 384 observações, e que os valores dos pesos (*regression weights ou loadings*) entre as variáveis substantivas são todos estatisticamente significativos ($p < 0,001$).

Tabela 44 – Indicadores da bondade do ajustamento do modelo final

Indicadores	ADF ou WLS	Critério	Indicadores	ADF ou WLS	Critério
CMIN	162,391	Menor	PNFI	0,597	> 0,6 (0,8)
GL	90	-----	PCFI	0,670	> 0,6 (0,8)
p-valor	0,000	> 0,05	NCP	72,391	Menor
CMIN/GL	1,804	< 2 (5)	FMIN	0,424	Menor
RMR	0,111	Menor	RMSEA	0,046	< 0,05
SRMR	0,096	Menor	LO90; HI90	0,034; 0,057	0 ∈ IC
GFI	0,914	> 0,9	PCLOSE	0,718	> 0,05
AGFI	0,871	> 0,9	AIC	254,391	Menor
PGFI	0,605	> 0,6 (0,8)	BCC	258,664	Menor
NFI	0,796	> 0,9	BIC	436,120	Menor
RFI	0,728	> 0,9	CAIC	482,120	Menor
TLI	0,857	> 0,9	ECVI	0,664	Menor
CFI	0,893	> 0,9	MECVI	0,675	Menor

Fonte: Elaboração própria

De seguida vamos descrever, sucintamente, as medidas mais importantes de ajustamento global dos modelos de equações estruturais.

O valor da estatística qui-quadrado é sempre inflacionado em função do aumento do tamanho da amostra, assim como quando não existe normalidade multivariada (Bollen, 1989). Quanto maior for a qui-quadrado, pior será o ajustamento do modelo. A hipótese nula deste teste qui-quadrado é de que o modelo se ajusta aos dados, o que neste estudo é rejeitado pelas razões acima apontadas. Como tal, importa mais avaliar o valor do rácio χ^2/gl , que é considerado bom para valores inferiores a 2, e aceitável para valores inferiores a 5 (Arbuckle, 2008).

RMR (*Root Mean Square Residual*) é a raiz quadrada da matriz dos erros dividida pelos graus de liberdade, devendo ser a menor possível e próxima de zero (Joreskog & Sorbom, 1996).

O índice de bondade do ajustamento (GFI – *Goodness-of-Fit Index*) varia entre 0 (não ajustado de todo) e 1 (ajustamento perfeito), representando o grau de ajustamento global do modelo. Este indicador aumenta com o tamanho da amostra. Valores acima de 0,95 são considerados muito bons, e acima de 0,9 são bons (Joreskog & Sorbom, 1996).

A mesma conclusão pode ser retirada com o índice ajustado de bondade do ajustamento (AGFI – *Adjusted Goodness-of-Fit Index*: o ajustamento é baseado nos graus de liberdade nos modelos estimado e nulo).

O índice de bondade do ajustamento parcimonioso (PGFI – *Parsimonious Goodness-of-Fit Index*) varia entre 0 e 1, correspondendo a valores mais elevados uma maior parcimónia do modelo. Considera-se que valores acima de 0,6 são razoáveis, acima de 0,8 serão bons (Blunch, 2008).

O índice de ajustamento normado (NFI – *Normed Fit Index*) varia entre 0 (não ajustado de todo) e 1 (ajustamento perfeito), sendo uma comparação com o modelo nulo (Bentler & Bonett, 1980). Valores acima de 0,8 são aceitáveis, acima de 0,9 são considerados bons.

RFI (*Relative Fix Index*) avalia o ajustamento do modelo em comparação com o modelo independente ou basal. Valores acima de 0,9 são um bom ajustamento (Bollen, 1989).

TLI (*Tucker-Lewis Index* ou NNFI – *Non-Normed Fit Index*) variam entre zero e um, podendo sair deste intervalo. Quanto mais próximo de 1, melhor ajustamento.

CFI (*Comparative Fit Index*) compara também o modelo em estudo com o modelo independente (Bentler, 1990). Acima de 0,9 é um bom ajustamento, acima de 0,95 é muito bom.

O índice de ajustamento normado parcimonioso (PNFI – *Parsimonious Normed Fit Index*) leva em conta o número de graus de liberdade usados para atingir um nível de ajustamento. Quanto maior este índice, maior a parcimónia do modelo. Considera-se que valores acima de 0,6 são razoáveis, acima de 0,8 serão bons (Blunch, 2008).

PCFI (*Parsimonious Comparative Fit Index*) também leva em conta os graus de liberdade, sendo avaliado de igual modo: valores acima de 0,6 são razoáveis, acima de 0,8 serão bons (Blunch, 2008).

O parâmetro de não-centralidade (NCP – *Noncentrality Parameter*) ajusta o valor da estatística qui-quadrado pelos graus de liberdade ($\chi^2 - gl$), sendo uma boa medida para comparar modelos. Quanto menor for, melhor será o ajustamento (Steiger et al., 1985). A estatística FMIN representa o mínimo relativo do NCP, sendo melhor o ajustamento quanto mais próxima de zero ela for.

A raiz quadrada da média do erro de aproximação (RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*) mede a discrepância do modelo na população por grau de liberdade, isto é, este valor representa a bondade do ajustamento que poderia ser esperada se o modelo fosse estimado na população. Trata-se da raiz quadrada do rácio entre o FMIN e os graus de liberdade. A escala de interpretação do valor obtido diz-nos que valores abaixo de 0,05 são considerados como representando um bom ajustamento, entre 0,05 e 0,08 razoável, entre 0,08 e 0,1 medíocre e, para valores superiores a 0,1, o ajustamento é considerado pobre (Arbuckle, 2008). No entanto, dever-se-á levar em consideração outros fatores como os graus de liberdade ou o tamanho da amostra, que alteram este indicador. Assim, é importante o teste de ajustamento exato, que se pode fazer usando o intervalo de confiança do valor da RMSEA. Se o limite inferior desse intervalo for superior a zero, então rejeita-se a hipótese nula de o ajustamento ser exato (Chen et al., 2008). Mais frequente é o teste de ajustamento próximo ($H_0: RMSEA < 0,05$), que tem como resposta o valor de PCLOSE, sendo desejável a aceitação da hipótese nula, configurando um bom ajustamento do modelo.

SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) é a RMR padronizada, devendo ser a menor possível e próxima de zero (Joreskog & Sorbom, 1996).

Outras medidas para avaliar a parcimónia do modelo e fazer comparações entre modelos (e.g., AIC – *Akaike's Information Criterion*; CAIC – *Consistent AIC*, estando ajustado ao efeito

do tamanho amostral; BCC – *Browne-Cudeck Criterion*; BIC – *Bayes Information Criterion*; ECVI – *Expected Cross-Validation Index*; e o MECVI, quando se utiliza ML) são tão melhores quanto menores forem os seus valores (Marôco, 2010).

4.1.8. Validade de critério

A validade relacionada com o critério tem a ver com o grau com que o constructo está relacionado com uma variável de critério, sendo capaz de prever as variações de outra variável com ele relacionada. No presente estudo, visto que as variáveis foram medidas na mesma altura, então esta validade é avaliada pela validade concorrente. No entanto, é necessário avaliar se pode existir o constructo de segunda ordem – Qualidade percebida dos utentes. Para tal, comparou-se os dois modelos com o AMOS: com dois fatores de primeira ordem e com o fator de segunda ordem (Brown, 2006) verificando-se que temos o mesmo valor da χ^2 (265,649) e dos graus de liberdade (89), logo ambos os modelos representam a mesma realidade, como tal, podemos utilizar a variável latente de segunda ordem referente à Qualidade percebida pelos utentes.

4.1.9. Variância do método comum

O facto de todas as variáveis do modelo terem sido medidas através de um único método – inquérito – pode levar a um enviesamento chamado variância de método comum (VMC).

Para estudar este fenómeno, Baumgartner e Weijters (2021) apontam, após análise de todas as técnicas usadas pelos investigadores, que a melhor abordagem seria a utilização de uma análise fatorial confirmatória com a introdução de uma variável de marcação do método. Esta técnica vai ser apresentada na Tabela 45, seguindo as orientações de Podsakoff et al. (2003), Richardson et al. (2009), Chuck et al. (2017), Simmering et al. (2014) e Williams et al. (2010). A variável de marcação será a do Grau de Literacia, pois não tem nada a ver com os conceitos das variáveis latentes da Qualidade percebida pelos utentes.

Tabela 45 – Estudo da variância de método comum

Modelo	χ^2	df	χ^2/df	RMSEA (p-value)	SRMR	CFI	RFI	GFI	Δdf	$\Delta \chi^2$	LR of $\Delta \chi^2$	Modelo de comparação
CFA c/Marker	468,696	132	3,551	0,082	0,057	0,932	0,893	0,873				
Preparação do Baseline	468,696	138	3,396	0,079	0,057	0,933	0,898	0,873	6	0,000	1,000	
Baseline	482,700	140	3,448	0,080	0,074	0,931	0,896	0,870	2	14,004	0,001	
Method-C	477,793	139	3,437	0,080	0,061	0,931	0,897	0,871	1	4,907	0,027	Baseline
Method-U	444,684	125	3,557	0,082	0,054	0,935	0,893	0,880	14	33,109	0,003	Method-C
Method-R	444,687	126	3,529	0,081	0,054	0,935	0,894	0,880	1	0,003	0,956	Method U

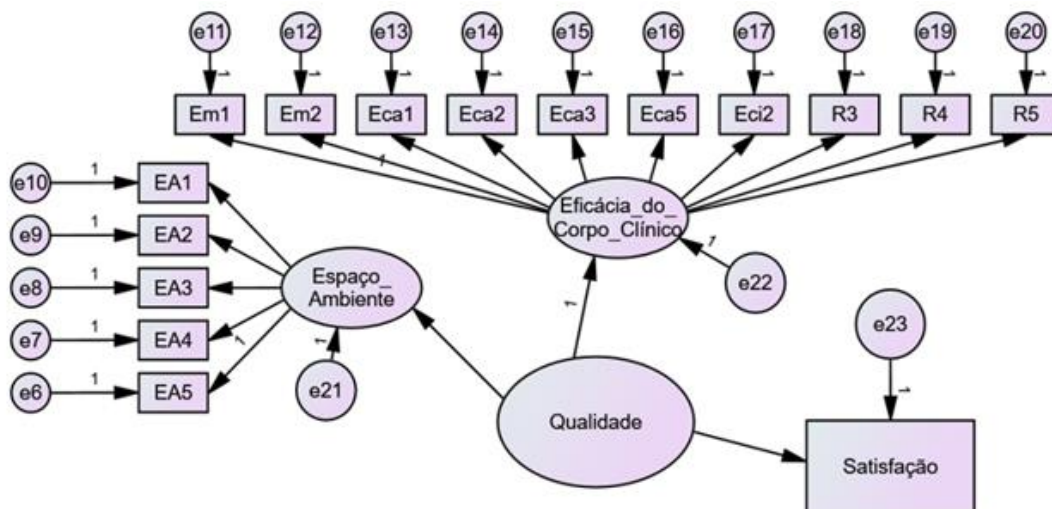
Fonte: Elaboração própria

Há evidência de VMC entre os indicadores das variáveis substantivas e da Marker, sendo a VMC a mesma para todos os indicadores. No entanto, a VMC não envia os relacionamentos entre as variáveis substantivas. Como tal, embora haja algum efeito da VMC, ela não é suficiente para interferir nos resultados sobre os relacionamentos entre as variáveis substantivas do modelo.

4.1.10. Apresentação do Modelo final

A Figura 20 apresenta o modelo final.

Figura 20 – Modelo final



Fonte: Elaboração própria

4.2. Questão de investigação 1

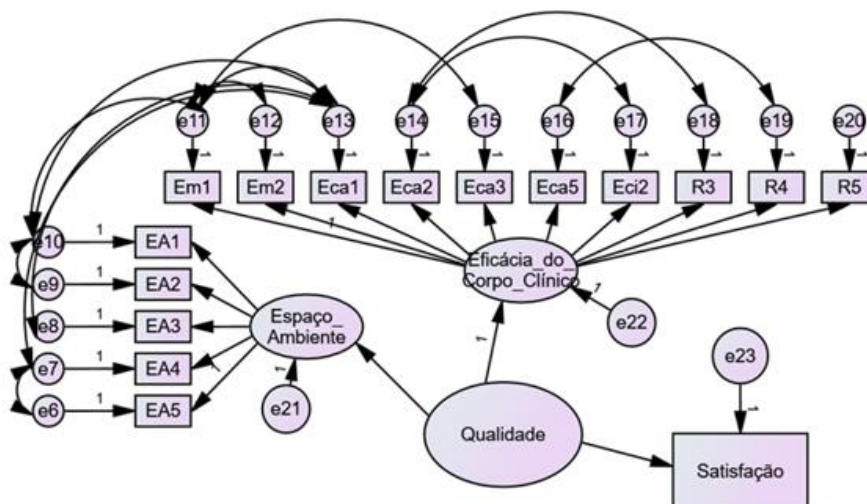
A nossa primeira questão de investigação foi definida como:

Q1 - “Será que o modelo proposto para analisar a relação entre a qualidade percebida dos utentes e a sua satisfação com os serviços é ajustado aos dados recolhidos na população?”

Esta questão tem como objetivo aferir a adequabilidade do modelo relativamente à relação entre qualidade percebida dos utentes e a sua satisfação com os serviços. Assim, após a validação do modelo na amostra com 384 observações, podemos agora verificar se ele é capaz de se ajustar aos dados da amostra global de 2.304 observações. Utilizámos, de igual modo, o estimador *Assymptotically Distribution-Free* (ADF), que noutros programas é chamado também de *Weighted Least Squares* (WLS), que é independente da distribuição das variáveis.

A Figura 21 apresenta o modelo ajustado completo, incluindo os pesos padronizados entre as variáveis, assim como as correlações entre os erros das variáveis manifestas, que são justificáveis, teoricamente, pois acontecem entre itens da mesma escala validade que mede a Qualidade percebida dos utentes. Terminamos a utilização dos índices de modificação quando atingimos os mesmos 90 graus de liberdade do modelo validado na amostra menor. Não esquecer que com uma amostra tão grande, o valor da qui-quadrado é afetado negativamente, apresentando valores inferiores de ajustamento. No entanto, em quase todos os outros indicadores, o modelo aplicado na amostra grande supera em ajustamento o modelo aplicado na amostra pequena, reforçando a sua validade para representar estes dados.

Figura 21 – Modelo aplicado à amostra global



Fonte: Elaboração própria

Estudando o modelo final, com o impacto da Qualidade na Satisfação, e ajustando-o através de algumas correlações que podem existir entre os erros dos itens, encontramos os seguintes indicadores de bondade de ajustamento (Tabela 46), que mostram que o modelo tem uma boa adequação aos dados desta amostra de teste com 384 observações, tendo o modelo estimado pelo ADF vantagens em alguns indicadores importantes (χ^2 , χ^2/gl , PGFI, NCP, FMin, RMSEA, AIC, BCC, BIC, CAIC, ECVI e MECVI) e o modelo estimado por ML noutros indicadores (RMR, GFI, AGFI, NFI, RFI, TLI, CFI, PNFI, PCFI e SRMR). Em ambos os modelos os valores dos pesos (regression weights ou loadings) entre as variáveis substantivas são todos estatisticamente significativos ($p < 0,001$). Na Tabela 46, apresentamos os indicadores de bondade de ajustamento, que são, em geral, bons.

Tabela 46 – Indicadores da bondade do ajustamento do modelo final

Indicadores	N = 384	N = 2304	Critério	Indicadores	N = 384	N = 2304	Critério
<i>CMIN</i>	162,391	365,963	Menor	<i>PNFI</i>	0,597	0,672	> 0,6 (0,8)
<i>GL</i>	90	90	-----	<i>PCFI</i>	0,670	0,689	> 0,6 (0,8)
<i>p-valor</i>	0,000	0,000	> 0,05	<i>NCP</i>	72,391	275,983	Menor
<i>CMIN/GL</i>	1,804	4,066	< 2 (5)	<i>FMIN</i>	0,424	0,159	Menor
<i>RMR</i>	0,111	0,067	Menor	<i>RMSEA</i>	0,046	0,036	< 0,05
<i>SRMR</i>	0,096	0,052	Menor	<i>LO90; HI90</i>	0,034; 0,057	0,033; 0,040	0 ∈ IC
<i>GFI</i>	0,914	0,960	> 0,9	<i>PCLOSE</i>	0,718	1,000	> 0,05
<i>AGFI</i>	0,871	0,940	> 0,9	<i>AIC</i>	254,391	457,983	Menor
<i>PGFI</i>	0,605	0,635	> 0,6 (0,8)	<i>BCC</i>	258,664	458,667	Menor
<i>NFI</i>	0,796	0,897	> 0,9	<i>BIC</i>	436,120	722,183	Menor
<i>RFI</i>	0,728	0,862	> 0,9	<i>CAIC</i>	482,120	768,133	Menor
<i>TLI</i>	0,857	0,892	> 0,9	<i>ECVI</i>	0,664	0,199	Menor
<i>CFI</i>	0,893	0,919	> 0,9	<i>MECVI</i>	0,675	0,199	Menor

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 47, apresentamos os resultados obtidos com a estimação final do modelo, onde se podem verificar os impactos positivos que existem entre as variáveis em estudo, como seria de esperar. Estes resultados corroboram o que tem sido concluído por outros estudos realizados em outros países (e.g., Camilleri & O'Callaghan, 1998; Lee, 2017; Lee & Kim, 2017).

Tabela 47 – Efeitos diretos entre as variáveis no modelo final

Relações	Loadings
Qualidade → Espaço Ambiente	0,842
Qualidade → Eficácia do Corpo Clínico	0,924
Qualidade → Satisfação	0,946

Fonte: Elaboração própria

Face aos resultados obtidos, podemos concluir pela validade do modelo, possibilitando assim a sua utilização para responder às questões de investigação seguintes.

4.3. Questão de Investigação 2

A nossa segunda questão de investigação foi definida como:

Q2 - “Será que as seguintes variáveis moderam a relação entre a qualidade percebida dos utentes e o seu grau de satisfação geral com os serviços?”

- a. Grau de literacia
- b. Idade
- c. Rendimento
- d. Escolaridade

Esta questão tem como objetivo estudar as variáveis que, teoricamente, poderão moderar a relação entre a qualidade percebida dos utentes e a o seu grau de satisfação com os serviços prestados pelos hospitais.

4.3.1. Grau de Literacia

O modelo foi testado em função da possibilidade de o Grau de Literacia (GL) poder ser uma variável moderadora. Esta variável, após determinação das suas pontuações através do método de regressão em contexto da análise fatorial, e de ser dicotomizada em função da média destas pontuações (média = 0), apresenta 1.126 pessoas (48,9%) que têm um GL abaixo da média, e 1.178 (51,1%) acima da média.

Tendo em conta os resultados apresentados na Tabela 48, verifica-se que o Grau de Literacia é uma variável moderadora da relação entre a Qualidade e a Satisfação dos utentes, isto é, uma variação unitária do desvio-padrão na Qualidade percebida pelos utentes com menor grau de literacia implica maior variação no desvio-padrão da Satisfação.

Tabela 48 – Estudo do efeito moderador do grau de literacia

Modelos	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	502,993	180		
Todo restringido	533,928	195		
			p	Invariante?
Diferença	30,935	15	0,009	NÃO

Fonte: Elaboração própria

Estes resultados poderão ter várias interpretações. Os utentes que apresentam um maior grau de literacia tendem a considerar muitas mais variáveis para avaliar o seu grau de satisfação face ao hospital a que recorreram. Nestas inclui-se o facto de saberem ou não qual o modelo de gestão aplicado nos hospitais. Por isso, o que é avaliado pela escala da qualidade tem menor peso no grau de satisfação.

Os trabalhos de Greener (2007) e Groenewoud (2008) indicam que uma parte dos utentes (34-70%) confiam no seu médico relativamente à escolha de um hospital específico para obtenção de tratamentos, sendo que, para a realização de procedimentos relativamente simples, preferem ir ao hospital mais próximo. Ou seja, nestes estudos verifica-se que é quase irrelevante o impacto do grau de literacia na escolha do hospital por parte dos utentes, logo não existindo uma ponderação de outras variáveis, tais como o modelo de gestão, para a avaliação da qualidade dos serviços prestados e da satisfação. No entanto, o trabalho de Boardman e Vining (2012) indica que o reconhecimento, pela opinião pública, do sucesso de um projeto PPP pode ser fundamental para a sua manutenção. Adicionalmente, como já vimos, Blau (1964) identificou as normas de equidade como determinantes para definir a probabilidade de troca na perspectiva da *Social Exchange Theory*, levando-nos a concluir que, caso a população revele iliteracia face ao modelo PPP aplicado à saúde, é expectável que possam surgir sentimentos de injustiça, que podem ser facilmente influenciados pelas informações que são transmitidas, quer por programas eleitorais, quer por campanhas de comunicação. Por outro lado, se o nível de literacia da população for elevado, e o mesmo for relacionado com uma satisfação positiva dos serviços prestados pelos Hospitais PPP, é expectável que os sentimentos sejam positivos e que a justiça distributiva seja percecionada entre os cidadãos. Assim, é fundamental analisarmos os resultados esperados entre os utentes que recorreram a hospitais PPP e os que recorreram a hospitais EPE (Tabela 49).

Tabela 49 – Diferenças nos coeficientes de regressão devidas ao grau de literacia

Relações	Grau de Literacia	
	<i>Abaixo da média (n = 1126)</i>	<i>Acima da média (n = 1178)</i>
<i>Todos os hospitais</i>		
Qualidade → Satisfação	0,968	0,943
<i>PPP</i>	<i>Abaixo da média (n = 573)</i>	<i>Acima da média (n = 460)</i>
Qualidade → Satisfação	0,951	0,921
<i>EPE</i>	<i>Abaixo da média (n = 539)</i>	<i>Acima da média (n = 700)</i>
Qualidade → Satisfação	0,982	0,938

Fonte: Elaboração própria

Os utentes que avaliaram hospitais PPP (Tabela 50) não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os que têm maior e menor grau de literacia. No entanto, podemos dizer que para $p < 0,06$ já se poderiam considerar as diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 50 – Estudo do efeito moderador do grau de literacia só nos PPP

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	302,071	180		
Todo restringido	327,027	195		
			p	Invariante?
Diferença	24,956	15	0,051	SIM

Fonte: Elaboração própria

É nos utentes que avaliaram os hospitais EPE (Tabela 51) que aparece a maior diferença, estatisticamente significativa, entre os que têm maior e menor grau de literacia. Nestes hospitais, os utentes com menor literacia são os que estão mais satisfeitos com os serviços.

Tabela 51 – Estudo do efeito moderador do grau de literacia só nos EPE

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	451,892	180		
Todo restringido	479,493	195		
			p	Invariante?
Diferença	27,601	15	0,024	NÃO

Fonte: Elaboração própria

Assim, a moderação do grau de literacia só se verifica quando analisamos os resultados para os hospitais EPE (Tabela 51), onde os mais literados têm conhecimento acerca das deficiências nos serviços que eles podem atribuir ao modelo de gestão aplicado no hospital, logo a sua menor satisfação face à sua maior exigência. Ora, o grau de literacia de uma população afeta diretamente as capacidades para agir sobre informações e também potencia uma melhor gestão da própria saúde (Fawcett et al, 2010), o que nos leva à questão se a satisfação demonstrada pelos utentes no nosso estudo é influenciada não só pela qualidade dos serviços prestados, mas também pela ausência de capacidade em aferir corretamente informações acerca dos modelos de gestão hospitalares. Tendo em conta os nossos resultados podemos concluir que sim, que a satisfação é influenciada não só pela qualidade dos serviços prestados, mas também pelo conhecimento que os utentes têm quanto ao modelo de gestão aplicado. Esta conclusão é válida para os utentes que recorrem a hospitais EPE.

Os nossos resultados podem levar-nos a concluir que a população que apresenta um menor grau de literacia é influenciada quanto à sua satisfação, no âmbito dos hospitais EPE, pela comunicação levada a cabo pelo parceiro público no que diz respeito aos resultados dos modelos de gestão, tendo em conta que desconhecem o modelo de gestão aplicado ou as diferenças entre os mesmos. Neste aspeto, sabemos que uma boa comunicação pode ajudar a solucionar problemas relacionados com a transmissão da informação à população e na correta formulação de opinião da mesma (Skietrys et al., 2008). Assim os resultados do nosso

estudo tendem a refletir uma comunicação negativa, realizada pelas forças políticas que formaram e apoiaram o governo entre 2015 e 2021, acerca dos resultados obtidos pelo modelo PPP aplicado à saúde, sendo inclusive proposta a proibição deste modelo em Portugal. Esta poderá ser uma das razões que influencia a satisfação dos utentes com o modelo PPP entre a população menos letrada no tema das PPP, e sem relação direta com a qualidade do serviço prestado. Esta conclusão está em linha com a ideia transmitida por Boardman e Vining (2012), que afirmam que a comunicação de resultados negativos do modelo PPP leva ao descontentamento da população e, em última instância, dos eleitores que tendencialmente vão moderar a sua avaliação, quanto à qualidade e satisfação, tendo em conta estas informações veiculados pelo parceiro público (governo).

4.3.2. Idade

O modelo foi testado em função da possibilidade de a Idade poder ser uma variável moderadora. Comparando os indivíduos com idade superior a 45 anos com os com idade inferior a esse limite superior do escalão mediano, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas (Tabela 52).

Tabela 52 – Estudo do efeito moderador da idade

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	478,819	180		
Todo restringido	480,056	181		
			p	Invariante?
Diferença	1,237	1	0,266	SIM

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta os resultados descritos nas Tabela 53, 54 e 55, verifica-se que a idade não é uma variável moderadora da relação entre a Qualidade e a Satisfação dos utentes em todos os hospitais.

Tabela 53 – Diferenças nos coeficientes de regressão devidas à idade

Relações	Idade	
<i>Todos os hospitais</i>	<i>Até 45 anos (n = 1330)</i>	<i>Mais de 45 anos (n = 973)</i>
Qualidade → Satisfação	0,957	0,948
<i>PPP</i>	<i>Até 45 anos (n = 571)</i>	<i>Mais de 45 anos (n = 462)</i>
Qualidade → Satisfação	0,933	0,946
<i>EPE</i>	<i>Até 45 anos (n = 741)</i>	<i>Mais de 45 anos (n = 497)</i>
Qualidade → Satisfação	0,971	0,937

Fonte: Elaboração própria

Tabela 54 – Estudo do efeito moderador da idade só nos PPP

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	288,572	180		
Todo restringido	290,315	181		
			p	Invariante?
Diferença	1,743	1	0,187	SIM

Fonte: Elaboração própria

Tabela 55 – Estudo do efeito moderador da idade só nos EPE

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	418,891	180		
Todo restringido	419,02	181		
			p	Invariante?
Diferença	0,129	1	0,719	SIM

Fonte: Elaboração própria

Estes resultados estão em linha com a investigação levada a cabo por Mummalaneni e Gopalakrishna (1995), que refere que os hospitais não devem preocupar-se com as características sociodemográficas dos utentes ao tentar melhorar a sua satisfação com os cuidados de saúde. Os hospitais devem centrar a sua atenção em atributos como a qualidade dos cuidados. Assim, estes autores concluem que a influência da idade na satisfação do utente é despreciable, tal como sugerem os nossos resultados.

Também Miljanović (2017) concluiu no seu trabalho que não existem efeitos mediadores significativos das variáveis sociodemográficas (idade) sobre a correlação entre o hospital utilizado e a satisfação com os cuidados de saúde, estando em linha com os resultados obtidos no nosso estudo.

4.3.3. Rendimento

O modelo foi testado em função da possibilidade de o Rendimento poder ser uma variável moderadora. Comparando os indivíduos com rendimento acima de 1.452 euros (limite superior do escalão mediano) com os de rendimento inferior, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas (Tabela 56).

Tabela 56 – Estudo do efeito moderador do rendimento

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	488,747	180		
Todo restringido	491,686	181		
			p	Invariante?
Diferença	2,939	1	0,086	SIM

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta os resultados descritos na Tabela 57, verifica-se que o Rendimento não é uma variável moderadora da relação entre a Qualidade e a Satisfação dos utentes, a não ser para $p < 0,1$. Isso acontece com todos os hospitais. No entanto, quando avaliamos nas PPP (Tabela 58) e nas EPE (Tabela 59), verifica-se que só se poderiam considerar significativas as diferenças nas PPP, mas com $p < 0,1$.

Tabela 57 – Diferenças nos coeficientes de regressão devidas ao rendimento

Relações	Rendimento	
<i>Todos os hospitais</i>	<i>Abaixo da média (n = 1736)</i>	<i>Acima da média (n = 568)</i>
Qualidade → Satisfação	0,955	0,959
<i>PPP</i>	<i>Abaixo da média (n = 796)</i>	<i>Acima da média (n = 237)</i>
Qualidade → Satisfação	0,948	0,923
<i>EPE</i>	<i>Abaixo da média (n = 925)</i>	<i>Acima da média (n = 314)</i>
Qualidade → Satisfação	0,957	0,967

Fonte: Elaboração própria

Tabela 58 – Estudo do efeito moderador do rendimento só nos PPP

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	343,656	180		
Todo restringido	346,849	181		
			p	Invariante?
Diferença	3,193	1	0,074	SIM

Fonte: Elaboração própria

Tabela 59 – Estudo do efeito moderador do rendimento só nos EPE

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	447,161	180		
Todo restringido	448,719	181		
			p	Invariante?
Diferença	1,558	1	0,212	SIM

Fonte: Elaboração própria

Olhando ao facto de que os hospitais PPP disponibilizam os serviços clínicos sem qualquer custo para os utentes (serviço tendencialmente gratuito), tal como os hospitais EPE, parece-nos natural que o rendimento não tenha um papel moderador quanto à percepção dos utentes da qualidade e satisfação.

Os nossos resultados contrastam com os da investigação levada a cabo por Mummalaneni e Gopalakrishna (1995), em que se verificou que o rendimento parece ter um impacto moderador na satisfação dos utentes face ao hospital utilizado. No entanto, este estudo foi efetuado no âmbito de uma realidade diferente da nossa, tanto no espaço como no tempo.

4.3.4. Escolaridade

O modelo foi testado em função do grau de escolaridade (Básico, Secundário e Superior) para verificar se esta variável seria uma variável moderadora da relação entre a Qualidade e a Satisfação (Tabela 60).

Tabela 60 – Estudo do efeito moderador da escolaridade

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	655,323	270		
Todo restringido	660,48	272		
			p	Invariante?
Diferença	5,157	2	0,076	SIM

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta os resultados descritos na Tabela 61, verifica-se que o Grau de escolaridade só pode ser considerada uma variável moderadora da relação entre a Qualidade e a Satisfação dos utentes se colocarmos o limite para o erro tipo-I em 10%. A diferença está, essencialmente nos utentes com o ensino secundário, que apresentam um menor impacto entre Qualidade e Satisfação do que os utentes com o ensino básico ou superior.

Tabela 61 – Diferenças nos coeficientes de regressão devidas à escolaridade

Relações	Grau de escolaridade		
	<i>Básico (n = 180)</i>	<i>Secundário (n = 1061)</i>	<i>Superior (n = 1056)</i>
Qualidade → Satisfação	0,964	0,942	0,971
	<i>Básico (n = 92)</i>	<i>Secundário (n = 509)</i>	<i>Superior (n = 431)</i>
Qualidade → Satisfação	0,963	0,944	0,921
	<i>Básico (n = 88)</i>	<i>Secundário (n = 544)</i>	<i>Superior (n = 601)</i>
Qualidade → Satisfação	0,937	0,930	0,971

Fonte: Elaboração própria

Os utentes que avaliaram os hospitais PPP (Tabela 62) apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os que têm maior e menor grau de escolaridade. Como acontece com o grau de literacia, quanto menor é o grau de escolaridade, maior é o impacto entre a Qualidade e a Satisfação dos utentes dos hospitais PPP.

Tabela 62 – Estudo do efeito moderador da escolaridade só nos PPP

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	574,604	270		
Todo restringido	590,382	272		
			p	Invariante?
Diferença	15,778	2	0,000	NÃO

Fonte: Elaboração própria

Já os utentes que avaliaram os hospitais EPE (Tabela 63) não apresentam diferenças estatisticamente significativas da relação entre a Qualidade e a Satisfação em função no nível de escolaridade.

Tabela 63 – Estudo do efeito moderador da escolaridade só nos EPE

	Qui-Quadrado	gl		
Não restringido	625,455	270		
Todo restringido	625,641	272		
			p	Invariante?
Diferença	0,186	2	0,911	SIM

Fonte: Elaboração própria

De acordo com Ng et al. (2010) os cidadãos são mais cautelosos quanto à qualidade dos serviços quando os hospitais ou serviços de saúde são disponibilizados através do modelo PPP, o que explica o facto dos utentes que avaliaram hospitais PPP apresentarem diferenças estatisticamente significativas entre os que têm maior e menor grau de escolaridade. Tendo em conta a complexidade do modelo PPP, não só a sua componente financeira (alocação de dinheiros públicos) como de transferência de riscos, parece-nos lógico que o nível de escolaridade tenha um impacto superior nos utentes de hospitais PPP.

De referir que o desconhecimento sobre a realidade dos hospitais PPP, por parte dos utentes que recorrem a hospitais EPE, não permite que tenham uma referência para comparação. Ou seja, a avaliação efetuada é realizada de forma absoluta e não relativa, o que pode justificar o facto dos utentes que avaliaram os hospitais EPE não apresentarem diferenças estatisticamente significativas da relação entre a Qualidade e a Satisfação em função no nível de escolaridade.

Pelo exposto anteriormente, podemos concluir que os utentes mais escolarizados são mais exigentes, tanto com os hospitais PPP como com os EPE, sendo que no caso dos hospitais PPP o nível de escolaridade modera a relação entre a Qualidade e a Satisfação.

Não podemos deixar de comparar os nossos resultados com outras investigações levadas a cabo, ainda que em âmbitos distintos. Assim, Tucker (2002) realizou um estudo em que

concluiu que os fatores específicos dos utentes, incluindo a escolaridade, acrescentavam pouco valor explicativo para a determinação da satisfação dos utentes face aos hospitais utilizados. O mesmo foi concluído por Aljoudimi et al. (2015), que argumentaram que o nível de educação não tem impacto significativo na satisfação dos utentes relativamente aos serviços clínicos. Finalmente, Mthethwa e Chabikuli (2016) concluíram que não há relação entre a perceção da qualidade dos serviços clínicos e o nível de educação. Estas ideias dão suporte aos nossos resultados, quando indicam que apenas existe uma moderação do nível de escolaridade na relação entre a Qualidade e a Satisfação quando aplicado especificamente ao modelo PPP.

4.4. Questão de Investigação 3

A terceira questão de investigação foi definida como:

Q3 - “Qual o grau de satisfação da população portuguesa face à qualidade do serviço prestado pelos Hospitais PPP?”

Esta questão tem como objetivo aferir o grau de satisfação da população Portuguesa quanto à qualidade dos serviços prestados pelos hospitais PPP.

Já verificámos que a teoria (Hsiao, 1994; Maynard, 1994) indica que a maximização dos lucros por parte dos parceiros privados, que assumam o controlo de um hospital público, afeta negativamente os utentes, nomeadamente quanto à sua satisfação e avaliação da qualidade do serviço prestado. O critério mais apropriado para escolher entre modelos de contratação e para avaliar o valor das PPP, é a maximização do bem-estar social. Esta ideia contrasta com a maioria dos critérios utilizados na literatura, tais como o critério de adiar as despesas, colocar as despesas ‘fora do orçamento’ e o *VfM* (Boardman & Vining, 2012). Assim, o nosso estudo para além de aferir os resultados financeiros obtidos pela aplicação do modelo PPP em 4 Hospitais Portugueses, investiga também o grau de satisfação e qualidade percebida pelos utentes, garantindo assim a possibilidade de concluirmos quanto ao bem-estar social proporcionado por este tipo de modelo de contratação e como o mesmo se compara com os hospitais EPE.

Como se pode constatar na Tabela 64, os utentes dos hospitais PPP estão mais satisfeitos que os utentes dos hospitais EPE, sendo a diferença estatisticamente significativa ($t = 8,932$; $p < 0,001$).

Tabela 64 – Nível de satisfação dos utentes

Hospitais	Número de utentes	Nível de satisfação
		Média (Desvio-padrão)
PPP	1033	5,25 (2,31)
EPE	1239	6,13 (2,35)

Fonte: Elaboração própria

Sabemos que a qualidade dos serviços de saúde baseia-se, tradicionalmente, em normas de prática profissional, mas a perceção dos doentes, acerca dos cuidados de saúde, tem sido predominantemente aceite como o indicador mais importante para medir a qualidade dos cuidados de saúde (Badri et al, 2009, Sahin et al., 2007) e, conseqüentemente, a satisfação dos utentes.

Os resultados contrariam a teoria proposta por Hsiao (1994) e Maynard (1994), que consideram que a alocação da gestão a um parceiro privado num hospital público afeta negativamente a satisfação e avaliação da qualidade do serviço prestado pelo hospital. No entanto não podemos esquecer a ideia transmitida por Padma et al. (2010) que argumentam que o parceiro privado está condicionado no que concerne à sua eficácia, tendo em conta possíveis limitações ao nível dos recursos disponibilizados contratualmente pelo parceiro público, que podem não satisfazer as exigências impostas pela população, que acaba por ser mais exigente face à entrega da gestão do Hospital a um parceiro privado. Mesmo perante estas, verifica-se uma menor satisfação dos utentes dos hospitais EPE.

Por outro lado, os nossos resultados parecem corroborar a ideia transmitida por Tang et al. (2010) e Yamout e Jamali (2007), que argumentam que através do uso adequado das competências, experiência, tecnologia e inovação do setor privado, os serviços públicos, com recurso a uma gestão privada, podem ser prestados de forma mais satisfatória, sendo certo que uma menor qualidade dos serviços prestados pelo modelo PPP pode acontecer face às limitações impostas pelos contratos de gestão, o que não se verifica no nosso estudo.

De notar que a menor satisfação dos utentes quanto à utilização dos hospitais EPE pode ser explicado, como também concluiu Calu et al. (2011), pela diminuição significativa dos recursos públicos atribuídos aos sistemas de saúde, a migração dos profissionais de saúde para o setor privado e para o estrangeiro, o aumento do número de pacientes e a complexidade das doenças, como os principais fatores com impacto negativo sobre a qualidade dos serviços clínicos e, conseqüentemente, no desempenho dos hospitais EPE.

Importa ainda mencionar que a EU (2013) argumentava que as taxas de satisfação dos utentes são frequentemente elevadas nas PPP, o que corrobora também os nossos resultados.

Grimsey e Lewis (2004) concluíram que o parceiro privado que deve ter um acompanhamento adequado do seu desempenho, nomeadamente no que concerne à qualidade e satisfação. Ora, o TC (2015) concluiu que o Hospital de Loures revelou elevados

padrões de qualidade e de qualidade percebida, embora não existiam dados apurados pelo Ministério da Saúde para realizar um *benchmarking* adequado com as restantes unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde:

O processo de avaliação anual do desempenho foi prejudicado pela inexistência de resultados apurados, pela ARSLVT, para os hospitais públicos do grupo de referência. Tal omissão prejudica a transparência e a *accountability* da prestação de cuidados hospitalares pelos hospitais públicos e prejudica a disseminação de boas práticas de gestão (p.10).

Assim, o TC (2015) dá nota de que o estudo efetuado à satisfação global dos utentes do Hospital de Loures revelou um índice médio de satisfação de 85,1 pontos, numa escala de 0 a 100, em 2013. Em 2012 tinha sido de 84,7 pontos. No entanto, os resultados da Entidade Gestora do Estabelecimento não foram comparados com os da satisfação dos utentes de outras unidades hospitalares do SNS, para efeitos de *benchmarking*, impossibilitando que os estudos de satisfação pudessem ser tidos em conta na avaliação da entidade gestora (TC, 2015, p.28).

Se até agora não foi possível efetuar uma comparação da satisfação dos utentes face a Hospitais PPP e EPE, por força da ausência de avaliações por parte do Estado, o nosso trabalho poderá contribuir para a clarificação dos resultados dessa comparação.

4.5. Questão de Investigação 4

A nossa quarta questão de investigação foi definida como:

Q4 - “A população portuguesa está devidamente informada e esclarecida quanto ao modelo PPP na área da saúde (grau de literacia)?”

Esta questão tem como objetivo aferir o grau de Literacia da população portuguesa quanto ao modelo PPP. Não podemos deixar de referir que a literatura indica que o recurso ao modelo PPP tende a ter uma transparência limitada, minimizado o envolvimento da população (Siemiatycki, 2010), o que nos levou a aferir o grau de literacia da população quanto ao modelo PPP e a estudar a opinião da população quanto à suficiência e transparência da informação fornecida pelo governo, relativamente à aplicação deste modelo de contratação e gestão de unidades hospitalares.

Importa começar por referir que a EU (2013) argumentava que poucos utentes estão cientes do tipo de gestão do hospital a que recorre.

De notar que, a 20 de maio de 2019, o Jornal de Negócios dava conta dos resultados de um estudo de opinião onde se concluiu que "[...] 68,8% dos inquiridos apoiam a existência de Parcerias Público-Privadas na Saúde se o Estado entender serem vantajosas. Só 21,9% entende que devem ser proibidas. Comunistas são os que mais se opõem." (Jornal de Negócio, 2019). Ainda relativamente à opinião dos cidadãos relativamente ao modelo PPP, mais recentemente, a 18 de janeiro de 2020 o Diário de Notícias publicava:

A população de Loures quer esperar menos e ser bem atendida no hospital. Se a gestão deste é privada ou pública, isso não é alvo de discussão. Em véspera de o governo anunciar que não renova a PPP do hospital Beatriz Ângelo na rua quase ninguém tem uma opinião formada sobre o assunto. Na farmácia, no café, no mercado ou na rua, a atitude é a mesma: o que interessa é a qualidade dos cuidados de saúde, sejam estes privados ou públicos. Quase todas as pessoas com quem o DN falou não conheciam o tipo de gestão atual do hospital e não têm uma opinião formada sobre o futuro do Beatriz Ângelo. Bernardino Soares, presidente da Câmara de Loures, eleito pela CDU, tem mais certezas, admitindo, ao DN, "preferência por uma gestão pública do equipamento, em lugar da existente PPP". Nunes, R. (2020, 18 de janeiro)

Estes dados indicam, de forma preliminar, que a população dá mais importância à qualidade de serviço prestada pelos hospitais em detrimento do tipo de gestão aplicada, sendo certo que temos uma primeira indicação que a população não conhece o tipo de gestão aplicado no seu hospital de residência.

Como já vimos, não obstante o grau de literacia ser uma variável moderadora da relação qualidade e satisfação, conseguimos perceber que apenas 27,5% dos inquiridos indicaram que procuram ou já procuraram informações sobre o modelo de gestão aplicado no seu hospital de residência (Tabela 65).

Tabela 65 – Resultados da questão “Já procurei informações acerca do modelo de gestão hospitalar aplicado na unidade de saúde da minha área de residência”.

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Concordo totalmente	139	6,0	6,0
Concordo	494	21,4	27,5
Nem concordo nem discordo	864	37,5	65,0
Discordo	502	21,8	86,8
Discordo totalmente	305	13,2	100,0
Total	2304	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Ainda mais relevante é o facto de apenas 12,7% dos inquiridos considerarem que a informação disponibilizada pelo Governo, relativa aos modelos de gestão hospitalar, é suficiente (Tabela 66). Este dado leva-nos a considerar a existência de uma forte falta de transparência externa quanto à aplicação de modelos de gestão na área da saúde.

Tabela 66 – Resultados da questão “Considero que a informação disponibilizada pelo governo, relativa aos modelos de gestão dos hospitais, é suficiente”

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Concordo totalmente	79	3,4	3,4
Concordo	213	9,2	12,7
Nem concordo nem discordo	893	38,8	51,4
Discordo	707	30,7	82,1
Discordo totalmente	412	17,9	100,0
Total	2304	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Não obstante os resultados mostrarem uma baixa apetência dos inquiridos para procurarem informação relativa aos modelos de gestão no setor da saúde e considerarem que o Governo não fornece informação suficiente, é notório que, de acordo com a

Tabela 67, 45,1% dos inquiridos assume saber o que são PPP.

Tabela 67 – Resultados da questão “Sei bem o que é um modelo de parceria público-privada na gestão dos hospitais”.

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Concordo totalmente	226	9,8	9,8
Concordo	814	35,3	45,1
Nem concordo nem discordo	789	34,3	79,4
Discordo	319	13,8	93,2
Discordo totalmente	156	6,8	100,0
Total	2304	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Tabela 68 – Resultados da questão “Sei bem quais as diferenças entre um modelo de gestão em parceria público-privada e um modelo de gestão exclusivamente público”.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
Concordo totalmente	227	9,9	9,9
Concordo	846	36,7	46,6
Nem concordo nem discordo	746	32,4	78,9
Discordo	339	14,7	93,7
Discordo totalmente	146	6,3	100,0
Total	2304	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Assim, concluímos que 45,1% dos inquiridos responderam que sabem bem o que são modelos PPP (Tabela 67) e 46,6% assume conhecer as diferenças entre um modelo PPP e um modelo EPE (Tabela 68).

Os nossos resultados contrariam o noticiado por Nunes, R. (2020, 18 de janeiro) onde refere que “quase todas as pessoas com quem o DN falou não conheciam o tipo de gestão atual do hospital PPP Beatriz Ângelo”.

Siemiatycki (2010) identificou a necessidade de desenvolvimento de processos para o envolvimento da população, nomeadamente através da divulgação de dados e de desempenho do modelo PPP, com o objetivo de evitar formulações de opiniões negativas quanto à aplicação do modelo. Também Xiong et al. (2019) refere que o facto de a população não compreender as disposições contratuais, nem a informação orçamental e de desempenho, pode resultar numa falta de transparência ‘externa’, ou seja, uma ausência de comunicação clara entre o governo e a população face ao que foi contratado pelo parceiro público e os resultados obtidos em termos de desempenho. Os nossos resultados dizem-nos que o parceiro público não levou a cabo esforços no sentido de envolver a população, dando todas as informações necessárias. Esta conclusão é notória quando percebemos que apenas 12,7% dos inquiridos consideram que a informação disponibilizada pelo Governo, relativa aos modelos de gestão hospitalar, é suficiente. Esta falta de transparência ‘externa’ também se verificou no Canadá, onde num estudo de Dalton-Jez et al. (2012) se concluiu que existia uma falha de comunicação com a população aquando da abertura de um novo Hospital em regime PPP.

Finalmente, recordamos o estudo de Skietrys et al. (2008), que identificou a comunicação como um dos problemas essenciais, que podem dar origem a suposições quanto aos benefícios do modelo PPP junto da população, sendo que a comunicação pode ajudar a resolver problemas relacionados com a transmissão do projeto à sociedade e à formação de

opinião. Quando temos um resultado tão baixo (12,7%) relativo à suficiência da informação disponibilizada pelo Governo, podemos estar perante um risco de formulação de opiniões tendo por base outros fatores que não os resultados reais do modelo PPP.

Assim, podemos concluir que a população portuguesa não está devidamente informada e esclarecida quanto ao modelo PPP na área da saúde.

4.6. Questão de Investigação 5

A quinta questão de investigação foi definida como:

Q5 - “Nos últimos 10 anos, os resultados economico-financeiros (VfM) do modelo PPP, aplicado na área hospitalar, foram positivos (existindo VfM) ou negativos (ausência de VfM)?”

Esta questão tem como objetivo aferir a possível obtenção de VfM nos hospitais que operam ou já operaram em regime PPP.

Na secção 3.6 abordámos as formas de reutilização de dados qualitativos, e descrevemos os três documentos que permitem a descoberta de recursos de dados relevantes, como a reutilização informada. Assim, o nosso ‘Registo de Catálogo’ é detalhado no Anexo C.

O segundo documento consiste no ‘Guia do Utilizador’ descrito no Anexo D, que reúne toda a documentação chave da nossa investigação, contendo informação sobre como utilizar os dados, como os dados foram recolhidos, os guias temáticos originais e publicações.

Finalmente, a ‘Listagem de Dados’, onde são detalhadas as características-chave dos dados, foi construída para ajudar o leitor a identificar tipos particulares de dados e pode ser consultada no Anexo E.

Existem três princípios que devem ser medidos aquando da implementação e operacionalização de modelos PPP: i) *performance*; ii) qualidade; e iii) VfM. Assim é imperativo analisarmos os resultados financeiros obtidos pelos quatro hospitais PPP à luz das análises custo-benefício realizadas na fase inicial dos concursos, sendo assim possível aferir se houve ou não VfM.

De acordo com o TC (2021) o processo de lançamento das PPP hospitalares foi sustentado na avaliação do seu VfM, face ao CPC¹¹ da opção de construção e gestão públicas. A vertente da gestão clínica do estabelecimento hospitalar foi determinante na fundamentação da escolha pelas PPP pelo Estado.

¹¹ Entendido como a estimativa de custos, receitas e riscos, traduzida no valor atualizado dos cash-flows esperados para obtenção do valor atual líquido do projeto para o Estado se desenvolvido com investimento e gestão públicos

Entre 2008 e 2010 foram celebradas 4 PPP hospitalares, abrangendo a conceção, construção, financiamento e exploração dos novos hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures, os três primeiros em substituição de unidades já existentes.

De forma genérica importa analisarmos o ponto de partida dos 4 projetos PPP no que à expectativa de poupança diz respeito, ou seja, do possível *VfM* para o Estado. De forma global a Tabela 69 apresenta o resumo das poupanças estimadas aquando da celebração dos contratos de gestão, ou seja, o momento *ex ante*.

Tabela 69 – Poupanças Estimadas

Hospital	CPC	BAFO	Poupança Estimada (€)	Poupança Estimada (%)
Hospital Vila Franca de Xira	480 000 000 €	352 900 000 €	127 100 000 €	26,5%
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	312 299 000 €	269 825 000 €	42 474 000 €	13,6%
Hospital Beatriz Ângelo - Loures	643 430 000 €	443 329 000 €	200 101 000 €	31,1%
Hospital de Braga	987 627 000 €	641 504 000 €	346 123 000 €	35,0%
Total	2 423 356 000,0 €	1 707 558 000,0 €	715 798 000,0 €	

Fonte: TC (2021)

De realçar que apenas estamos a analisar a componente de Gestão de Estabelecimento, ou seja, a prestação de cuidados de saúde à população.

Antes de avançarmos para a apresentação dos resultados financeiros individualizados dos projetos PPP no setor da saúde, importa resumir o que foi noticiado na comunicação social, ao longo do ciclo de vida das PPP, indicando claramente para possíveis poupanças para o Estado. Assim, em 2017, o Jornal Público, por via da sua jornalista Alexandra Campos, noticiava que:

O Estado terá poupado mais de 40 milhões de euros em cinco anos com a gestão em parceria público-privada (PPP) do Hospital de Cascais, concluiu uma equipa da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP) do Ministério das Finanças. Serviu para fundamentar a decisão do Governo, que optou por avançar com um concurso para uma nova parceria com privados para a gestão clínica deste hospital, apesar da forte contestação anunciada pelo Bloco de Esquerda e PCP, que são contra a manutenção de PPP na saúde. Os especialistas concluíram

que a PPP de Cascais apresentou vantagens nas perspetivas económica, de eficiência e de eficácia, mas, identificando vários problemas que necessitam de ser corrigidos, consideram ser elevado o risco de as alterações não virem a ter luz verde do Tribunal de Contas. Por isso, recomendam que se lance um concurso público internacional para formalizar uma nova parceira com privados. Pelas contas do grupo técnico, entre 2011 e 2015 os encargos com a PPP de Cascais foram inferiores aos custos que o Estado português suportaria com a atividade de gestão clínica, caso essa tivesse sido operada em gestão pública. Os encargos estatais totalizaram cerca de 257 milhões de euros, enquanto, se a gestão fosse pública, teriam ascendido a 297 milhões de euros, ou seja, mais 13,6%, calculam os especialistas (Campos, 2017, 7 de fevereiro).

Em dezembro de 2019 a Revista Económica, através da sua jornalista Mariana Espírito Santos, noticiava que:

Vários dados vão sendo conhecidos sobre o modelo e a maioria mostra poupanças. O Hospital de Vila Franca de Xira, gerido em regime de PPP, permitiu ao Estado uma poupança estimada de 30 milhões de euros entre 2013 e 2017 face aos custos estimados na gestão pública, de acordo com o relatório de auditoria do Tribunal de Contas divulgado nesta terça-feira. A PPP de Braga, que começou em setembro de 2009 e terminou a 31 de agosto deste ano, terá permitido uma poupança de 300 a 400 milhões de euros nos dez anos que esteve em vigor, segundo adiantou a administração cessante. Um relatório da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP) de abril de 2017 apontava também para ganhos significativos. A PPP do Hospital de Cascais terá representado poupanças para o Estado de entre 53 e 72 milhões de euros no período entre 2012 a 2015, segundo uma análise do Centro de Estudos Aplicados da Católica Lisbon School of Business and Economics feita em 2016 (Santos, 2019, 22 de dezembro).

Em junho de 2021 a Revista Eco, através do seu jornalista Pedro Duarte, noticiava que:

A Parceria Público-Privada (PPP) no Hospital de Loures valeu ao Estado uma poupança de 167,1 milhões de euros entre janeiro de 2012 e dezembro de 2017 (Duarte, 2021, 21 de junho).

No sentido de respondermos a esta questão de investigação teremos de apresentar os resultados obtidos por cada hospital a operar (ou que operaram) em regime PPP em Portugal. Não obstante a análise que será efetuada nos capítulos seguintes, importa salientar que a EU (2013) referia que a eficiência demonstrada pelos projetos PPP de Cascais e Loures, os tornava

menos problemáticos para o Estado do que a maioria dos outros programas portugueses do setor PPP, através da utilização de um processo *VfM* disciplinado, o que nos leva a perceber que desde o início da vigência dos contratos de gestão existia uma preocupação relativa à correta avaliação do *VfM* que os projetos PPP podiam gerar.

4.6.1. Hospital de Vila Franca de Xira

O modelo decisório que levou o Estado a optar pelo modelo PPP para a construção e operação do Hospital Beatriz Ângelo em Vila Franca de Xira em regime PPP, baseou-se num estudo estratégico e económico-financeiro que apurou o CSP da opção de construção e exploração direta pela entidade pública (TC, 2019). Foi apurada uma poupança potencial estimada para o Estado de **18,91%**, resultante da diferença entre o VAL da proposta final do concorrente vencedor (€478,4 M) e o CSP (€590 M). De referir que o estudo relativo ao CSP considerou 3 cenários de custos para a exploração direta pública: (i) manutenção da *performance* histórica; (ii) ganhos de eficiência moderados e (iii) ganhos de eficiência elevados, variando os respetivos CSP entre €657 e €547 milhões, respetivamente. O cenário (ii) foi adotado como comparador para as propostas a apresentar pelos concorrentes (TC, 2019).

Relativamente ao resultado *ex post*, o TC (2019) concluiu que entre 2013 e 2017, a produção de cuidados de saúde permitiu ao Estado obter uma poupança estimada de €30M (8,8%), face aos custos em que incorreria, em média, se aquela produção fosse realizada por hospitais do SNS comparáveis, de gestão pública, no mesmo período.

Também a UTAP (2019a) apresentou um relatório intercalar onde foi mais longe, e avaliou a possível obtenção de *VfM* para o período entre 2011 e 2017, concluindo que:

Torna-se possível concluir que os encargos suportados pelo parceiro público, no período compreendido entre junho de 2011 e dezembro de 2017, se afiguram inferiores aos custos que o Estado Português suportaria com a atividade de gestão clínica do Hospital de Vila Franca de Xira, caso tivesse optado pelo modelo de gestão pública da referida atividade (p.122).

Ou seja, também a UTAP concluiu por uma poupança efetiva para o Estado Português face à escolha pelo modelo PPP, conclusão esta sublinhada pela mesma entidade quando refere que:

Em face do exposto, conclui-se que as expectativas que estiveram subjacentes ao lançamento do procedimento e que justificaram, à data – pelo menos em termos quantitativos -, a opção pelo modelo PPP, enquanto geradora de maior *Value for Money* para o erário público, se materializaram efetivamente ao longo do período de execução do contrato em análise, tendo

a PPP em questão gerado uma poupança significativa para o Estado, tal como, na altura, se perspectivava que viesse a ocorrer (p.123).

A UTAP (2019a) indica que para o período compreendido entre 2011 e 2017, existiu de facto uma poupança para o Estado na ordem dos **56,5M€**, valor este superior ao apurado pelo TC (2019), **30M€**, mas que apenas abrangeu o período entre 2013 e 2017, justificando-se assim a diferença de valores.

4.6.2. Hospital de Braga

O CPC associado ao projeto do novo Hospital de Braga (atualizado a janeiro de 2006) foi de 1.2 mil Milhões €, sendo que na fase inicial do concurso os encargos previstos para o Estado se situavam cerca de 14% abaixo do CPC, tendo a proposta final do parceiro privado ficado em 33%, cerca de 392M€ abaixo do valor do CPC (TC, 2016). De notar que foi na fase da negociação competitiva que se registou a maior redução dos montantes a pagar pelo Estado, com a apresentação da BAFO, pelo parceiro privado, cerca de 22% abaixo da sua proposta inicial. Pelo exposto, percebemos que a decisão do Estado em avançar com a adjudicação em regime PPP teve por base uma poupança expectável (cerca de 346M€) que resultaria da diferença entre a BAFO do parceiro privado e o CPC calculado.

De acordo com o estudo levado a cabo pela ERS (2016), a ARS Norte aferiu resultados positivos no que concerne à operação do Hospital de Braga. Estes resultados foram suportados pelos dados publicados pelo 'Relatório de avaliação do *VfM* da PPP do Hospital de Braga' relativos ao período entre 2011 e 2013, que concluiu que para o doente padrão ajustado, um desconto médio, face aos hospitais que integram o grupo de referência (*cluster*) e que serviram de comparador, acima dos 20% e uma poupança naqueles 3 anos de cerca de **98 milhões de euros** (ERS, 2016). No entanto, as conclusões do TC (2016), relativamente à sustentabilidade do projeto para a gestão clínica Hospital de Braga indicavam, em 2016, que o parceiro privado (entidade gestora do estabelecimento) não iria obter a rentabilidade prevista no caso base até ao final da vigência do Contrato de Gestão, sendo que o TC (2016) concluiu que o Hospital opera desde 2011 e continuará a operar até ao final do contrato numa situação de falência técnica (TC, 2016). De notar ainda, que o TC (2016) referia que:

A recuperação do investimento não se verificará no decurso do contrato de gestão, tendo em conta que o valor dos cash-flows *ex-post*, apurado através das demonstrações financeiras produzidas até 2015 e das demonstrações financeiras previsionais que resultam do modelo financeiro atualizado a julho de 2016, é negativo (-30,5M€) (p.22).

Ou seja, em 2016, e face à decisão do parceiro público de não renovação dos protocolos de financiamento dos programas verticais (para o tratamento de HIV e Esclerose Múltipla), a situação do parceiro privado traduzia-se na obtenção de rentabilidades negativas o que fazia antever que uma eventual extensão do Contrato de Gestão nas mesmas condições viesse a agravar a situação financeira do Hospital.

De acordo com o TC (2021), as poupanças médias estimadas, que consideram apenas parte do período de execução dos contratos de gestão relativo ao Hospital de Braga, foram de **75M€** para o período compreendido entre 2012 a 2015.

Também a UTAP (2017b) apresentou um relatório intercalar onde foi mais longe, e avaliou a possível obtenção de *VfM* para o período entre 2011 e 2015, concluindo que:

Torna-se possível concluir que os encargos suportados pelo parceiro público, no período compreendido entre maio de 2011 e dezembro de 2015, se afiguram inferiores aos custos que o Estado Português suportaria com a atividade de gestão clínica do Hospital de Braga, caso tivesse operada em gestão pública (p.122).

Ou seja, também a UTAP conclui por uma poupança efetiva para o Estado Português face à escolha pelo modelo PPP, conclusão esta sublinhada pela mesma entidade quando refere que:

É possível concluir que a PPP atualmente em vigor no Hospital de Braga permitiu uma poupança acumulada, no período de maio de 2011 a dezembro de 2015, de aproximadamente 199,1 Milhões de Euros, face aos custos de gestão pública, estimados de acordo com o CPC atualizado, representando este valor uma poupança total, para o período em análise, de 26,4% face aos custos totais que se estima que o Hospital de Braga tivesse num modelo de gestão pública (p.123)

A UTAP (2017b) indica que para o período compreendido entre 2011 e 2015, existiu de facto uma poupança para o Estado na ordem dos **199,1M€**, valor este superior ao apurado pelo TC (2021), **75M€**, mas que apenas abrangeu o período entre 2012 e 2015, justificando-se assim a diferença de valores.

4.6.3. Hospital de Loures

Analisando as bases para a adjudicação do projeto em regime PPP, verificamos que o estudo estratégico e economico-financeiro realizado pelo Banco BPI, S.A. para a Estrutura de Missão

Parcerias Saúde¹², concluiu que o projeto desenvolvido através do modelo PPP potenciará a obtenção de um conjunto de vantagens, tais como: a transferência de riscos do setor público para o privado, controlo dos custos e dos prazos associados ao investimento inicial; maior rapidez na implementação do projeto, maior incentivo para o desempenho, melhor qualidade de serviço, possibilidade de *benchmarking* da *performance* hospitalar, entre outras (TC, 2015).

Assim, foram transferidos para o parceiro privado os riscos associados à conceção, construção, procura, exploração e manutenção e aos aspetos financeiro e fiscal. Na esfera do Estado permaneceram os de força maior não seguráveis, os de inflação, legislativo específico e político. Os riscos associados à gestão do contrato bem como à propriedade dos ativos são partilhados entre o sector público e o parceiro privado (TC, 2015). De notar que *ex ante* a diferença entre o VAL da proposta final do concorrente, 593.923M€ e o CPC de 745.000M€, refletia uma poupança potencial de cerca de 20% para o Estado.

De acordo com o TC (2021) as poupanças médias estimadas, que consideram apenas parte do período de execução do contrato de gestão do Hospital de Loures, foram de **79,8M€** para o período entre 2013 a 2017.

Também a UTAP (2019b) apresentou um relatório intercalar onde foi mais longe, e avaliou a possível obtenção de *VfM* para o período entre 2012 e 2017, concluindo que:

Torna-se possível concluir que os encargos suportados pelo parceiro público, no período compreendido entre junho de 2012 e dezembro de 2017, se afiguram inferiores aos custos que o Estado Português suportaria com a atividade de gestão clínica do Hospital de Loures, caso tivesse optado pelo modelo de gestão pública da referida atividade (p.115).

Ou seja, também a UTAP conclui por uma poupança efetiva para o Estado Português face à escolha pelo modelo PPP, conclusão esta sublinhada pela mesma entidade quando refere que:

É possível concluir que a PPP atualmente em vigor no Hospital de Loures permitiu uma poupança acumulada, no período compreendido entre janeiro de 2012 e dezembro de 2017, de aproximadamente 167,1 Milhões de Euros, face aos custos de gestão pública, estimados de acordo com o CPC atualizado, representando este valor uma poupança total, para o período em análise, de 26,1% face aos custos totais que se estima que o Hospital de Loures tivesse num modelo de gestão pública (p.116).

¹² A Estrutura de Missão Parcerias Saude foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro tendo, posteriormente, sido integrada na ACSS. O processo de transmissão das suas atribuições foi dado por terminado em 31.12.2010 - Cfr. Decreto-Lei n.º 136/2010, de 27 de novembro.

A UTAP (2019b) indica que para o período compreendido entre 2012 e 2017, existiu de facto uma poupança para o Estado na ordem dos **167,1M€**, valor este superior ao apurado pelo TC (2021), **79,8M€**, mas que apenas abrangeu o período entre 2013 e 2017, justificando-se assim a diferença de valores.

4.6.4. Hospital de Cascais

O início do estudo e preparação do projeto em PPP relativo ao novo Hospital de Cascais remonta a 2004, tendo sido constituída uma comissão de acompanhamento do projeto da parceria composta por membros nomeados por cada um dos ministérios envolvidos (ministério de Estado, da Saúde e Finanças). A parceria aprovada por Despacho Conjunto n.º 554/2004, de 29 de julho, do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, incluindo o Programa de Concurso e o Caderno de Encargos (TC, 2014).

Tal como aconteceu no Hospital de Loures, o estudo estratégico e económico-financeiro foi levado a cabo pelo Banco BPI, S.A. (BBPI) para a Estrutura de Missão Parcerias Saúde. O estudo concluiu que o projeto desenvolvido por via do modelo PPP (construção de uma nova unidade hospitalar e gestão clínica) potenciaria a introdução de novas formas de gestão hospitalar, a transferência de riscos do setor público para o privado, o controlo de custos de investimento e exploração, a qualidade do serviço prestado e a possibilidade de benchmarking da *performance* hospitalar (TC, 2014).

No caso do Hospital de Cascais, o CPC calculado foi de 393M€, ou seja, para que o Estado obtivesse ganhos de eficiência seria necessário que a proposta a adjudicar fosse inferior a este valor. Após a fase de concurso e negociação competitiva, o Estado optou pela seleção do agrupamento Hospitais Privados de Portugal/Teixeira Duarte, cuja última e definitiva proposta ascendeu a 377M€. Resultando que a 22 de fevereiro de 2008 fosse celebrado o respetivo Contrato de Gestão.

Assim, e tal como referido pelo TC (2014), confrontando o CPC inicial com o Caso Base, verifica-se que durante o procedimento concursal o VAL dos pagamentos do Estado, passou para um VAL inferior em 7,8% ao CPC, na fase de negociação final, correspondendo a 31M€. Concluindo-se assim, que a expectativa de poupança se baseou na diferença entre o CPC (393M€) e o VAL dos pagamentos a serem suportados pelo Estado (376,9M€).

O TC (2021) concluiu que para o período compreendido entre 2011 e 2015, a poupança para o Estado foi de **29M€** tendo em conta a gestão do Hospital de Cascais em regime PPP. Ora, sendo certo que esta poupança resulta sempre da diferença entre os custos que incorreria o Estado com uma gestão puramente pública e uma gestão em regime PPP, não podemos deixar de realçar que não só esta poupança aferida está em linha com o preconizado na base do processo de adjudicação, como se perspetivam poupanças superiores tendo em conta uma avaliação total dos 10 anos de contrato de gestão.

Também a UTAP (2016c) apresentou um relatório intercalar onde também avaliou a possível obtenção de *VfM* para o período entre 2011 e 2015, concluindo que:

Conclui-se que os encargos suportados pelo parceiro público, no período de 2011 a 2015, se afiguram inferiores aos custos que o Estado Português suportaria com a atividade de gestão clínica do Hospital de Cascais, caso tivesse operada em gestão pública (p.115).

Ou seja, também a UTAP conclui por uma poupança efetiva para o Estado Português face à escolha pelo modelo PPP, conclusão esta sublinhada pela mesma entidade quando refere que:

É possível concluir que a PPP atualmente em vigor no Hospital de Cascais permitiu uma poupança acumulada, no período 2011-2015, de aproximadamente 40,4 Milhões de Euros, face aos custos de gestão pública, estimados de acordo com o CPC atualizado, representando este valor uma poupança total, para o período em análise, de 13,6% face aos custos totais que se estima que o Hospital de Cascais tivesse num modelo de gestão pública (p.116).

A UTAP (2016c) indica que para o período compreendido entre 2011 e 2015, existiu de facto uma poupança para o Estado na ordem dos **40,4M€**, valor este superior ao apurado pelo TC (2021) na ordem dos **29M€**.

4.6.5. Discussão

Não obstante a literatura indicar que a escolha entre modelos PPP e a aquisição pública convencional não é feita unicamente pela aferição do modelo que oferece o preço mais baixo, mas sim pelo equilíbrio mais atrativo entre o preço e a qualidade da infraestrutura e dos serviços relacionados (Petersen, 2019), foi fundamental analisarmos os resultados financeiros das 4 PPP hospitalares.

Assim, dos dados analisados foi possível aferir que, em resultados dos modelos PPP na saúde, o Estado obteve uma poupança global na ordem dos 311M€ de acordo com o TC (Tabela 70) e de 463M€ de acordo com a UTAP (Tabela 71).

Tabela 70 – Poupanças efetivas para o Estado TC

Hospital	Poupança real	Período	Fonte
Hospital Vila Franca de Xira	30 000 000 €	2013 a 2017	TC (2019)
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	29 000 000 €	2011 a 2015	TC (2021)
Hospital Beatriz Ângelo - Loures	79 800 000 €	2013 a 2017	TC (2021)
Hospital de Braga	98 000 000 €	2011 a 2013	ERS (2016)
	75 000 000 €	2012 a 2015	TC (2021)
Total	311 800 000 €		

Fonte: TC (2019, 2021) & ERS (2016)

Tabela 71 – Conclusões da UTAP

Hospital	VfM	Parecer	Poupança real (M€)	Período
Hospital Vila Franca de Xira	Existência de value for Money da PPP de VHX em face de um cenário de internalização	Prossecução dos passos subsequentes para a aprovação do lançamento de uma nova PPP	56,5	2011-2017
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	Existência de value for Money da PPP de VHX em face de um cenário de internalização	Prossecução dos passos subsequentes para a aprovação do lançamento de uma nova PPP	40,4	2011-2015
Hospital Beatriz Ângelo - Loures	Existência de value for Money da PPP de VHX em face de um cenário de internalização	Prossecução dos passos subsequentes para a aprovação do lançamento de uma nova PPP	167,1	2012-2017
Hospital de Braga	Existência de value for Money da PPP de VHX em face de um cenário de internalização	Prossecução dos passos subsequentes para a aprovação do lançamento de uma nova PPP	199,1	2011-2015
Total			463,1	

Fonte: UTAP (2016c; 2017b; 2019a; 2019b)

A literatura (e.g., Petersen, 2019; Roehrich et al., 2014) indica que o modelo PPP aplicado ao setor da saúde é visto como um mecanismo que visa a obtenção de maior eficiência e menores custos, durante o ciclo de vida dos projetos, sendo que a evidência empírica à data não apoia a expectativa teórica sobre essa poupança.

No entanto, ainda que os dados analisados apenas permitam uma estimativa parcial dos resultados, parece existir uma efetiva tendência de poupança para o Estado.

Esta conclusão está em linha com o que é defendido por Tang et al. (2010), indicando que, uma das principais vantagens da aplicação de modelos de parceria para o parceiro público é a relação custo-eficácia (obtenção de *VfM*) e uma melhor prestação de serviços, sendo que para o parceiro privado, uma das principais vantagens estará relacionada com um melhor potencial de investimento e obtenção de um lucro razoável (Ng et al., 2010; Yamout & Jamali, 2007).

Tendo em conta que todos os relatórios analisados não calculam as poupanças para o total do período de execução dos contratos de gestão, podemos extrapolar que a poupança global para o período total dos contratos de gestão será tendencialmente superior ao previsto aquando das estimativas iniciais. Se estimarmos poupanças médias iguais à média obtida até agora, em cada hospital, então poder-se-á antever poupanças globais superiores para o Estado. Esta ideia é defendida também pelo TC (2021) quando refere que “A consideração do período total de execução dos contratos tenderá a produzir valores superiores para a poupança estimada do Estado” (p.22).

Ora, Torchia et al. (2015) indicam que um projeto PPP tem sucesso quando resulta num *VfM* para o contribuinte, ideia também defendida por Marques e Berg (2011), sendo que para a obtenção do *VfM*, este deve compensar o custo mais elevado do financiamento público. Como vimos, os resultados parciais apontam claramente para a obtenção de um *VfM* positivo por parte do Estado Português, logo para o contribuinte, sendo que para todos os projetos pertencentes à nossa amostra foi comprovado um valor de investimento inferior ao CSP aferido numa fase *ex ante*. Podemos verificar que existiu uma avaliação *ex ante* de potenciais poupanças para o Estado português que são comprovadas em momento *ex post*, contrariando a ideia defendida por Silva (2009) e António (2014), que indicaram que a utilização das metodologias *VfM* e CSP são ambíguas e propícias a manipulações tendenciosas que geram, à posteriori, um encargo ainda maior para o erário público. Se analisarmos as justificações apontadas por António (2014) para considerar as metodologias *VfM* e CSP tendenciosas, verificamos que as mesmas não são corroboradas pela nossa investigação, nomeadamente quando aquele autor refere:

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 (p.14).

A nossa investigação mostra precisamente o contrário, sendo que o mesmo TC (2021) refere que a opção pelo modelo PPP foi suportada numa perspetiva de obtenção de *VfM* para o Estado, tendo sido o mesmo estimado pela comparação entre os encargos esperados com a PPP e o CPC. Adicionalmente, relativamente à utilização do CPC, a UTAP (2019a) refere claramente no seu relatório que:

Torna-se possível concluir que os encargos suportados pelo parceiro público, no período compreendido entre junho de 2011 e dezembro de 2017, se afiguram inferiores aos custos que o Estado Português suportaria com a atividade de gestão clínica do Hospital de Vila Franca de Xira, caso tivesse optado pelo modelo de gestão pública da referida atividade, tendo em consideração a estrutura de custos prevista no CPC inicial, devidamente ajustada pelos valores reais da atividade operacional nesse período (p.122).

Não só a UTAP concluiu pelos bons resultados do modelo como ainda referiu a correta utilização do CPC para o apuramento do respetivo *VfM*.

Os resultados contrariam ainda as conclusões de Petersen (2019), que levou a cabo uma revisão sistemática qualitativa da literatura, tendo como um dos objetivos a resposta à seguinte questão: 'As PPPs proporcionam *VfM* global superior ou inferior aos contratos públicos convencionais?'. Dos projetos PPP analisados por este autor, dois resultaram na obtenção de um *VfM* superior e dois o oposto. De notar que em 17 dos 21 Projetos PPP analisados por Peterson, não existia a documentação adequada para analisar todos os custos tendo em vista o apuramento de *VfM*. Os dois projetos identificados com um *VfM* negativo localizavam-se em Inglaterra, um no setor da Saúde em 2003, e outro no setor da educação em 2007.

Assim, Petersen (2019), baseando-se só em dois casos a nível internacional, argumentou que a evidência empírica não apoia a expectativa teórica sobre a poupança de custos, resultante da integração de tarefas e da perícia do setor privado. Ora, os nossos resultados mostram que os 4 projetos analisados em Portugal resultaram na obtenção de *VfM* para o parceiro público. Como tal, estes resultados são diferentes dos apontados por Peterson (2019), existindo uma efetiva poupança, resultante da integração de tarefas e da perícia do setor privado no setor da saúde, implicando uma nova visão tanto teórica como prática.

Ora, como resposta à nossa questão de investigação, podemos concluir que os resultados foram positivos, gerando sem dúvida um *VfM* para o Estado, logo para o contribuinte.

Tendo em conta o exposto anteriormente, é imperativo entendermos o que é proposto atualmente pelas várias forças políticas, com representação parlamentar; em 2005, devido ao sucesso e eficácia do modelo PPP, existia um consenso entre os partidos políticos sobre os méritos do modelo (Monteiro, 2005) e existia também um amplo consenso de que as PPP deveriam ser mais desenvolvidas, incluindo no setor da saúde. Assim, parece-nos que as convicções e ideologias políticas não deveriam ser tidas em conta aquando da tomada de decisão relativamente ao modelo PPP, sendo recomendado que o Estado se concentre nas necessidades da população e nos impactos económico e social do modelo.

Em março de 2018, o Partido Comunista Português (PCP) apresentou o Projeto de Lei 806/XIII/3.^a que determinava a redução de encargos e a reversão de Parcerias Público-Privadas. De acordo com a proposta do PCP, as PPP no setor da saúde são prejudiciais aos interesses do país e dos utentes, nomeadamente quando alega que:

No setor da saúde, as PPP têm servido para a substituição do investimento público em prejuízo do interesse nacional e dos utentes, desviando os recursos públicos dos Orçamentos do Estado em benefício de grupos económicos (p.2).

Para além de afirmar que são prejudiciais para os utentes, sendo que tal afirmação não poderia ser comprovada à data face à ausência de inquéritos de satisfação aos utentes (TC, 2016, 2021), é ainda dito que os grupos económicos privados são beneficiados, mais uma vez sem apresentação de factos específicos para o setor da saúde. Tendo em conta os resultados do nosso estudo, não encontramos justificação para o descrito anteriormente, pois os resultados financeiros das 4 PPP na área da saúde apresentam poupanças para o Estado Português, logo, contribuindo para uma menor oneração dos contribuintes.

Em julho de 2019, Catarina Martins – Líder do Bloco de Esquerda (BE), em entrevista à TVI alegou que "...os Hospitais PPP mandam os casos difíceis para os outros hospitais, não sofreram cortes na altura da troika e estão acusados de manipular os números." Ora estas declarações contrastam com os resultados obtidos pelo nosso estudo, não tendo sido reportada qualquer acusação de manipulação de números por parte dos parceiros privados, como também em nenhum parecer oficial do Estado, incluindo o TC, é referido qualquer comportamento abusivo de transferência de 'casos difíceis' para outros hospitais do SNS.

Mais recentemente, em julho de 2020, um deputado do Bloco de Esquerda (BE), no âmbito de uma comissão de saúde alegou que:

As PPP não devem existir porque imprimem uma promiscuidade dentro do SNS entre público e privado, que nunca é saudável para os utentes, além de terem provado ao longo dos anos que não trazem benefício nenhum (Ferreira, 2020).

No mesmo sentido, em junho de 2021, a candidata presidencial do BE, Marisa Matias, alegou que:

O mito de que o SNS é mais caro, é um mito mesmo para incautos. Ainda há pouco vimos o que foi a ineficiência da gestão de recursos, por exemplo, na PPP de Braga e a forma como todos os indicadores em termos de consultas, cirurgias, de menos custos, como todos esses indicadores melhoraram quando em 2019 voltou a ter o controlo pelo Estado. É bom que

falemos destas coisas, não num mundo Imaginário, mas no mundo real, o SNS custa menos aos Portugueses e é mais eficiente (Matias,2021).

Curiosamente, poucos meses depois destas declarações, em outubro de 2021 os diretores da urgência do Hospital de Braga demitiram-se em bloco exigindo melhores condições de trabalho e aumento salarial, refutando, portanto, as alegações de melhoria no Hospital de Braga após a reversão para a esfera do Estado (Freitas, 2021, 25 de outubro).

Mais uma vez, verificamos que as alegações descritas acima, comparativamente com os resultados obtidos pelo nosso estudo, carecem de aderência à realidade e denotam um discurso populista com um forte preconceito ideológico. Esta ideia fica ainda mais vincada, quando percebemos que, em maio de 2020, o mesmo deputado do BE, Moisés Ferreira, referiu que “o Bloco vai chamar o decreto-lei ao Parlamento assim que ele for publicado em diário oficial. A intenção é revogá-lo e depois encontrar uma solução que proíba, de facto, as PPP no setor da Saúde” afirmou ao PÚBLICO o deputado Moisés Ferreira.

Em sentido contrário, Paulo Macedo do Partido Social Democrata (PSD), à data ministro da Saúde, já afirmava em 2012 que: “As PPP na saúde, ao contrário de todas as outras, têm preços mais baixos dos que o SNS paga pelo serviço nos seus hospitais” – Paulo Macedo (2012) - Audição nas Comissões Parlamentares da Saúde e do Orçamento e Finanças, 05 de novembro de 2012.

No mesmo sentido, em 2018, Rui Rio (líder do principal partido da oposição à data) apresentou as linhas gerais da grande reforma para a saúde onde destacou as conclusões do TC para provar que os custos da gestão privada são vantajosos para o Estado e apontou para uma generalização progressiva das PPP não só em hospitais, mas também em unidades de cuidados primários, referindo que:

Queremos alargar a gestão privada dos hospitais públicos...O Estado hoje tem ‘n’ hospitais. O que queremos é que, progressivamente, alguns hospitais já existentes sejam contratualizados, e a gestão passe a ser privada ou social. As pessoas vão recorrer a eles [aos hospitais] da mesma maneira que recorrem hoje, isso não muda na perspetiva do utente (Rio, 2018). Percebemos que o que é defendido pelo PSD será um caminho reformista social-democrata: “não é totalmente público, como a esquerda quer, nem é totalmente liberalizado como a direita quer. Nós queremos o bom senso, o meio termo” (Rio, 2018, p.12).

Já em 2019, o mesmo Rui Rio referiu que os sociais-democratas não fecham as portas às Parcerias Público Privadas (PPP) na Saúde, desde que prestem um serviço de melhor qualidade e a mais baixo custo. Com uma previsão (não quantificada) de ganho líquido e não de custo,

está a aceitação de PPP na saúde numa lógica de complementaridade e não para privatizar o SNS e com uma fiscalização rigorosa (Rio, 2019, p.59).

Ora, estes exemplos trazem à colação o tema da comunicação das forças políticas com a população, e que tipo de mensagem é passada no sentido de clarificar os utentes quanto à utilização do modelo PPP no setor da saúde. Sabemos que as perceções públicas negativas sobre o modelo PPP são desafiantes em países desenvolvidos (Osei-Kyei & Chan, 2017) como é o caso de Portugal, tornando-se crucial o papel da comunicação que é feita à população acerca dos resultados efetivamente obtidos pela implementação dos modelos PPP.

Já em 2013 a PWC (2013) referia que as PPP só podem ter resultados positivos com Governos e Administrações de Saúde fortes e eficazes, que tenham claras as prioridades públicas e estejam dispostos a defendê-las, tendo também uma ideia clara do que se pode pedir ao setor privado e em que condições. Esta ideia tende a desmistificar as PPP, para que não sejam entendidas como uma forma de contornar o sistema ou de quebrar os seus valores fundamentais, mas sim como um compromisso que inclui os valores fundamentais do SNS. Assim, a PWC elaborou um documento “Desafios da Saúde em Portugal” onde apontou, entre outros aspetos, as questões-chave para o sucesso de um projeto PPP e como o mesmo pode ser medido (Tabela 72).

Tabela 72 – Fatores de sucesso

Questões-chave	Como medir o sucesso?
Um Governo e uma Administração do SNS com clareza sobre os interesses públicos a proteger, e sobre o que pretende da empresa privada.	O sucesso ocorre quando existem ganhos em saúde por parte dos utentes.
Estarem dispostos a construir uma relação com a empresa privada, em que se assuma um modelo de negócio que tenha em conta a sua necessidade de rentabilidade, e dando também uma margem à empresa privada para exercer as suas capacidades de gestão.	O sucesso ocorre quando as PPP proporcionam poupanças ao SNS por via da obtenção de <i>VfM</i> .
Um contrato PPP não deve ser considerado um acordo entre dois oponentes.	O sucesso ocorre quando as PPP tenham proporcionado retorno económico ao parceiro privado.

Fonte: Adaptado de PWC (2013)

Torna-se claro que o benefício para a saúde da população terá de ser sempre medido em conjunto com as poupanças obtidas, sem nunca um critério ser preterido em função do outro. Ora, tendo em conta os nossos resultados, podemos concluir que uma das questões

identificadas pela PWC (2013) é respondida positivamente, revelando o sucesso quanto à aplicação do modelo PPP. Isto é, um dos fatores de sucesso das PPP ocorre quando proporcionam poupanças ao SNS por via da obtenção de *VfM*, o que se verifica tendo em conta as poupanças efetivas apuradas pelo TC (Tabela 70) e pela UTAP (Tabela 71).

4.7. Questão de Investigação 6

A nossa sexta questão de investigação foi definida como:

Q6 - “*A performance (Indicadores assistenciais e Económico-financeiros), registada nos últimos 10 anos, dos Hospitais PPP, é inferior ou superior à performance dos hospitais EPE?*”

Esta questão tem como objetivo avaliar, comparativamente, a *performance* dos Hospitais PPP com os Hospitais EPE nos últimos 10 anos, ou seja, entre 2012 e 2021.

Já em 2006 o Banco Mundial (WB – World Bank) estudava o início do programa PPP em Portugal na área da saúde. De referir que o WB (2006) destacava o programa português como abrangente, envolvendo a construção, substituição/reconstrução e gestão privada de mais de dez hospitais e vários centros especializados em duas vagas distintas. Mais importante é a referência aos objetivos propostos no programa PPP Português:

1. Desenvolvimento progressivo de infraestruturas.
2. Prestação mais eficiente de serviços de saúde pública.
3. Melhoria da qualidade dos cuidados de saúde aos doentes.
4. Utilização do modelo de parceria público-privada, se bem-sucedido, como referência e motor de mudança para o setor público.

Para além dos objetivos descritos acima, o WB (2006) destacava algumas das premissas para se efetivar um projeto PPP, entre elas:

1. O modelo CPC, desenvolvido propositadamente, avalia a validade de uma opção PPP num determinado caso.
2. As PPP têm de cumprir padrões de desempenho e qualidade mais elevados do que hospitais públicos.

Como seria de esperar em 2006, o WB considerou que era demasiado cedo para tirar quaisquer conclusões relativamente à aplicação do programa PPP em Portugal.

Em 2012 a ACSS publicou o relatório de *benchmarking* relativo aos hospitais EPE e PPP, com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos hospitais num contexto de melhoria simultânea do desempenho económico-financeiro dos hospitais, referindo-se ao período de atividade entre janeiro e dezembro de 2012. Foi precisamente neste relatório que a ACSS se comprometeu, com uma periodicidade trimestral, a elaborar um relatório de *benchmarking*,

podendo as entidades observar tendências longitudinais. Este primeiro e único relatório, apenas compilou dados relativos ao ano de 2012, sendo que um dos objetivos do nosso estudo é analisar os dados ao longo de um período de 10 anos (2012 a 2021).

Também o relatório IASIST (2016), que teve por objetivo distinguir os hospitais portugueses, tanto EPE como PPP inseridos em cada *cluster*¹³, apresenta os resultados obtidos por cada hospital no ano de 2015.

A criação dos grupos de hospitais com recurso a *clustering*¹⁴, refere-se à construção desses grupos com base numa técnica de *clustering* hierárquico com agregação pelo método de *Ward*¹⁵ para as ‘n’ combinações de variáveis testadas, seguida de determinação da solução final com base na configuração mais frequente das combinações testadas (ACSS, 2016).

De acordo com este relatório, o Hospital de Vila Franca de Xira (inserido no *cluster* B) ocupou o 2º lugar, sendo que os Hospitais Beatriz Ângelo e Cascais (inseridos no *cluster* C) ocuparam o 2º e 3º lugar respetivamente e, finalmente, o Hospital de Braga (inserido no *cluster* D) ocupou o 2º lugar. Ora, percebemos que os quatro Hospitais PPP em operação em 2015 ocuparam lugares de destaque, sendo distinguidos pelos seus resultados relativamente a indicadores de avaliação. Importa referir que o IASIST (2016) utilizou indicadores repartidos por 3 dimensões, nomeadamente de qualidade assistencial, eficiência e adequação. Para cada uma das dimensões foram avaliados indicadores específicos (Tabela 73).

Tabela 73 – Indicadores de avaliação

	Qualidade Assistencial	Eficiência	Adequação
Indicadores	Índice de mortalidade ajustado pelo risco	Índice de demora média ajustado	Índice de cirurgia de ambulatório ajustado
	Índice de complicações cirúrgicas ajustado pelo risco	Doentes padrão por médico ETC*	Índice de cesariana ajustado
	Índice de readmissões ajustado pelo risco	Nº de Doentes padrão por enfermeiro ETC*	
		Custos operacionais por doente padrão	

* ETC - Equivalente em Tempo Completo. Fonte: Adaptado de IASIST (2016).

De acordo com a ERS (2020) foi levada a cabo uma avaliação, relativo ao ano de 2019, incluindo 158 prestadores de cuidados de saúde, que incidiu sobre as seguintes dimensões da qualidade: Excelência Clínica, Segurança do Doente (que se subdivide nas vertentes de Procedimentos de Segurança e de Eventos Adversos), Adequação e Conforto das Instalações, Focalização no Utente e Satisfação do Utente.

¹³ Os hospitais estão agrupados em 4 *clusters* definidos pela ACSS.

¹⁴ Método estatístico que permite criar grupos homogêneos constituídos pelos hospitais mais semelhantes entre si no que se refere às variáveis selecionadas.

¹⁵ Método estatístico que determina a formação dos grupos pela maximização da homogeneidade dentro desses grupos.

Analisando o relatório produzido pela ERS (2020), verificamos que a metodologia aplicada para a avaliação da Satisfação do Utente está incompleta e carece ainda da aplicação de outros métodos de aferição conforme referido no relatório:

Avaliação, a concretizar em breve, avaliar-se-á, o grau de satisfação dos utentes dos serviços de saúde dos hospitais, através de estudo de inquérito sobre a satisfação dos utentes dos prestadores em avaliação, cujo instrumento de recolha serão questionários comuns a todos os prestadores (p.7).

No entanto não podemos deixar de relevar os resultados obtidos pelos hospitais pertencentes à amostra do nosso estudo. Assim a Tabela 74 mostra-nos que a ERS considera que todos os Hospitais pertencentes à nossa amostra cumprem com os parâmetros de qualidade exigidos, com a exceção do Centro Hospitalar de Setúbal relativamente às dimensões Segurança do Doente e Focalização no Doente.

Tabela 74 – Avaliação ERS para o ano de 2019

Hospital PPP vs EPE	Excelência Clínica	Segurança do Doente	Instalações e Conforto	Focalização no Doente	Satisfação do Doente
Hospital Distrital Figueira da Foz (EPE)	★	★	★	★	★
Hospital Vila Franca de Xira (PPP)	★	★	★	★	★
Centro Hospitalar Setúbal (EPE)	—	★	★	★	★
Hospital José de Almeida Cascais (PPP)	★	★	★	★	★
Hospital Santo André Leiria (EPE)	★	★	★	★	★
Hospital Beatriz Ângelo Loures (PPP)	★	★	★	★	★
Hospital Espírito Santo Évora (EPE)	★	★	★	★	★
Hospital de Braga (PPP)	★	★	★	★	★

★ Cumpre com os parâmetros de qualidade exigidos
 ★ Não foi possível aferir o cumprimento com os parâmetros de qualidade exigidos

Fonte: Adaptado de ERS (2020)

Ora importa estabelecer um paralelismo entre a avaliação referida anteriormente e o estudo levado a cabo pela mesma entidade (ERS) em 2016.

Assim, de acordo com a ERS (2016) foi realizado um estudo, por solicitação do Ministério da Saúde, no sentido de efetuar uma avaliação da gestão dos hospitais em regime PPP, tendo sido focadas 4 vertentes: eficiência relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação. No que refere à eficiência relativa, a ERS (2016) aplicou o método *data envelopment analysis* (DEA), que consiste numa técnica de programação linear que tem em linha de conta fatores produtivos e indicadores da produção dos hospitais. Para o efeito, foi definido um grupo homogéneo de hospitais comparáveis, tendo sido concluído que os hospitais PPP foram globalmente eficientes, com especial destaque para os hospitais de Cascais e Braga. No entanto não foram identificadas diferenças estatísticas significativas entre os resultados do

grupo de hospitais PPP e grupo dos hospitais geridos em regime puramente público (Hospitais EPE).

No que à eficácia diz respeito, o estudo considerou indicadores respeitantes a internamento, cirurgia e primeiras consultas de especialidade hospitalar, e ainda analisou o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no acesso a primeiras consultas de especialidade e cirurgias programadas. Da análise dos indicadores de eficácia em cirurgias, resultou que a maioria dos hospitais PPP teve uma taxa de resolatividade superior à média das taxas dos outros hospitais públicos comparáveis e que, no caso das fraturas da anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas, a maioria dos PPP apresentou menor percentagem do que a média (ERS, 2016).

Por outro lado, todos os hospitais PPP apresentaram maior percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis do que os demais hospitais do grupo homogéneo, ou seja, melhor desempenho relativo face à média dos hospitais comparáveis, com diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

Relativamente ao cumprimento dos TMRG, a percentagem de cumprimento dos hospitais PPP foi globalmente superior à média do grupo de outros hospitais. No entanto, os hospitais PPP apresentaram quase sempre menor percentagem de primeiras consultas médicas realizadas dentro do TMRG no período analisado.

Relativamente à vertente da qualidade, a ERS (2016) recorreu à avaliação dos prestadores no SINAS e às reclamações dos utentes nos hospitais do SNS, concluindo que existiu uma maior adesão dos hospitais PPP ao SINAS, na medida em que se propuseram para avaliação em todas as dimensões e áreas do projeto, com resultados, em média, favoráveis, quando comparados com os hospitais públicos com regime de gestão distinto. Mais importante é a conclusão relativa a análise das reclamações dos utentes, sendo referido pelo estudo que:

As questões identificadas nas reclamações dos utentes não se referem a problemas exclusivos dos hospitais em regime de PPP, nem são comuns a todos os hospitais PPP, pelo que não é possível concluir pela ocorrência de constrangimentos especialmente associados ao modelo de gestão PPP (p.5).

Relativamente aos custos de regulação, mais uma vez, verificamos que o estudo indica a indisponibilidade de indicadores de outros hospitais públicos, que impossibilitam a comparabilidade dos hospitais PPP, e em alguns casos impede a avaliação de desempenho. Adicionalmente a ERS (2016) conclui que a resolução de litígios entre as partes é feita com recurso à mediação como meio de conciliação.

Em 2021, o TC emitiu um relatório síntese onde indicou que as PPP hospitalares foram genericamente mais eficientes do que a média dos hospitais de gestão pública comparáveis,

e estiveram alinhadas com o desempenho médio do seu grupo de referência quanto aos indicadores de qualidade, eficácia e acesso. Quanto aos indicadores de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde, o TC (2021) não verificou diferenças substanciais entre os hospitais geridos no modelo PPP e o desempenho médio dos hospitais EPE comparáveis. A exceção é a PPP do Hospital de Cascais, que apresentou sempre melhores resultados do que a média do seu grupo, no período analisado pelo TC. O relatório produzido pelo TC em 2021 revela ainda que a avaliação das PPP, na vertente clínica, por parte das entidades públicas contratantes, tem sido globalmente positiva, sendo as melhores avaliações relativas aos Hospitais de Cascais e de Braga, que obtiveram avaliações recorrentes no nível máximo (Tabela 75).

Tabela 75 – Avaliações Anuais

	Hospital de Braga	Hospital de Cascais	Hospital de Loures	Hospital de Vila Franca de Xira
2009	----	----	----	----
2010	----	(*)	----	----
2011	Insatisfatório 	(*)	----	Bom 
2012	Bom 	Muito Bom 	Muito Bom 	Satisfatório 
2013	Bom 	Muito Bom 	Muito Bom 	Satisfatório 
2014	Muito Bom 	Muito Bom 	Bom 	Bom 
2015	Muito Bom 	Muito Bom 	Bom 	Bom 
2016	Muito Bom 	Muito Bom 	Satisfatório 	Bom 
2017	Muito Bom 	Muito Bom 	Bom 	Satisfatório 
2018	Muito Bom 	Muito Bom 	Muito Bom 	Satisfatório 

Fonte: TC (2021)

O TC (2021) refere ainda que a análise de dados de *benchmarking*, atualizados para o período entre 2016 e 2018, permite concluir que os hospitais geridos em regime PPP apresentam, globalmente, indicadores de eficiência económica e operacional superiores aos verificados nos hospitais EPE.

Não obstante os resultados apresentados acima, e tal como nos propusemos no início da nossa investigação e com o objetivo de responder à nossa questão de investigação, analisámos os resultados obtidos pelos hospitais pertencentes à nossa amostra para um período de 10 anos: 2012-2021. De realçar que para o ano de 2021, apenas foram tidos em conta os meses de janeiro a outubro por força da ausência de dados disponibilizados pela ACSS.

Assim, e tal como descrito nas Figura 22 e 23, recolhemos os resultados de 8 indicadores, que constituem a dimensão Desempenho Assistencial, divididos pelos respetivos *clusters*. Dos 9 indicadores que constituem a dimensão Económica-Financeira apenas conseguimos recolher dados para 1 indicador, tendo em conta a limitação já identificada anteriormente – a IGAS (2018) concluiu que a ACSS não dispõe de informação completa quanto à dimensão económica-financeira para os 3 hospitais (Cascais, Loures e VFX).

Figura 22 – Indicadores: Dimensão Desempenho/*Performance*

Dimensão Desempenho Assistencial	% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis
	% de Reinternamentos em 30 Dias (anos civis diferentes)
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias
	% de Partos por Cesariana
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas
	% de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo
	% de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo
	% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo

Fonte: ACSS (2020)

Figura 23 – Dimensão Económico-financeira

Dimensão Económico - Financeira	Custos Operacionais por Doente Padrão

Fonte: ACSS (2020)

Não obstante esta escolha inicial de indicadores, decidimos incluir outros dois indicadores relativos à dimensão Acesso (Figura 24), que consideramos fundamentais para aprimorar o estudo comparativo entre os Hospitais EPE e PPP.

O indicador '*% 1^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado*' tem como objetivo apresentar a proporção de utentes referenciados para a primeira consulta externa, com consulta externa prestada dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), no total de primeiras consultas externas prestadas no período em análise.

O indicador '*% de Inscritos em LIC (Lista de Inscritos em Cirurgia) dentro do TMRG (Tempo Máximo de Resposta Garantida)*' tem como objetivo apresentar em valor percentual a proporção do número de doentes inscritos para cirurgia, que se encontram a aguardar intervenção cirúrgica, dentro dos tempos máximos de resposta garantida, no total de doentes inscritos no fim do período em análise.

Figura 24 – Dimensão Acesso

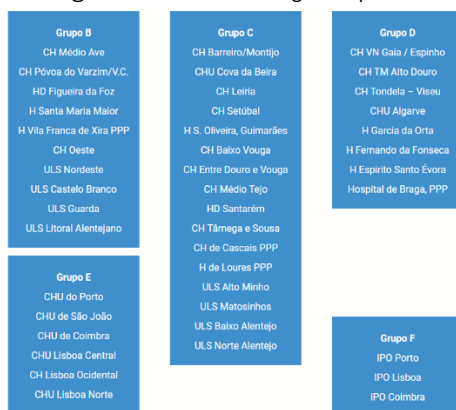
Dimensão Acesso	% de Primeiras Consultas Realizadas em Tempo Adequado
	% de Inscritos em LIC dentro do TMRG

Fonte: ACSS (2020)

Os indicadores identificados acima foram classificados de acordo com as regras descritas pela ACSS.

Nas secções seguintes são apresentados os resultados em função do agrupamento dos respetivos hospitais (Figura 25), pertencentes à nossa amostra, nos *clusters* definidos pela ACSS (2020).

Figura 25 – *Clustering* Hospitais



Fonte: ACSS (2020)

Iniciamos a nossa apresentação de resultados pelos hospitais pertencentes ao Cluster D, seguido do B e finalmente o C.

4.7.1. Hospitais pertencentes ao cluster D

Antes de apresentarmos os nossos resultados, importa referir que de acordo com a auditoria levada a cabo pelo TC em 2016, o Hospital de Braga revelou o melhor desempenho em 2015, face a 29 hospitais analisados pela auditoria, nos custos operacionais por doente padrão, **2.158€**, sendo que esta maior eficiência resultou, em grande parte, dos menores custos com pessoal por doente padrão. Aqui importa referir que “esta eficiência decorre dos elevados índices de produtividade dos recursos humanos e não de menores níveis salariais por colaborador” (TC, 2016, p.18).

Os hospitais pertencentes ao *cluster* D e que fazem parte da nossa amostra, são o Hospital PPP de Braga e o Hospital EPE do Espírito Santo Évora.

No Hospital de Braga, em média, cada profissional médico atendeu, em 2015, 96 doentes padrão, sendo o segundo melhor indicador de produtividade do grupo de referência (*cluster* D). De referir que o Hospital de Braga apresentou uma elevada utilização das camas de internamento (3,5 doentes saídos por cama/mês), a maior do seu grupo. Quanto à demora média, indicador de eficiência na utilização dessas camas, foi a 3ª mais baixa do grupo em 2015 (7,6 dias), atrás da verificada no Hospital do Espírito Santo, de Évora (7,2 dias), pelo que

seria possível melhorar o desempenho da PPP sem prejudicar a efetividade dos cuidados prestados (TC, 2016).

Continuando a comparação entre a PPP de Braga e as entidades públicas EPE, de referir que o Hospital de Braga apresentou, em 2015, uma elevada utilização das salas disponíveis de Bloco Operatório, traduzindo um bom aproveitamento do investimento em capital fixo realizado, destacando-se dos hospitais de gestão pública selecionados para comparação pelo TC. Por outro lado, menos positiva foi a avaliação feita relativamente ao acesso à primeira consulta, onde o TC (2016) concluiu que “o Hospital de Braga registou um dos piores resultados do seu grupo em 2015, efetuando apenas 61% das primeiras consultas dentro do tempo adequado, quando no ano anterior esse valor tinha sido de 74%” (p.20).

No seu estudo, a ERS (2016) faz ainda referência ao relatório da ARS Norte, onde é referido que o hospital de Braga é mais eficiente do que os hospitais comparáveis no seu grupo de referência (*cluster D*). De acordo com este relatório, os encargos relativos ao Hospital de Braga são menores do que a maioria dos hospitais que integram o seu grupo de referência.

Percebemos que muitas das avaliações referidas acima dizem respeito a períodos específicos ou mesmo anos concretos. Assim, importa analisarmos os resultados dos indicadores para um período temporal suficientemente abrangente que possibilite a retirada de conclusões. O período de 10 anos foi escolhido tendo em conta a vigência dos contratos de Gestão (10 anos) e o aproximar do *terminus* dos respetivos contratos.

Para o caso concreto do Hospital de Braga, é importante referir que o contrato de gestão compreendeu o período de 2009 a 2019, tendo o mesmo terminado a 31 de agosto de 2019.

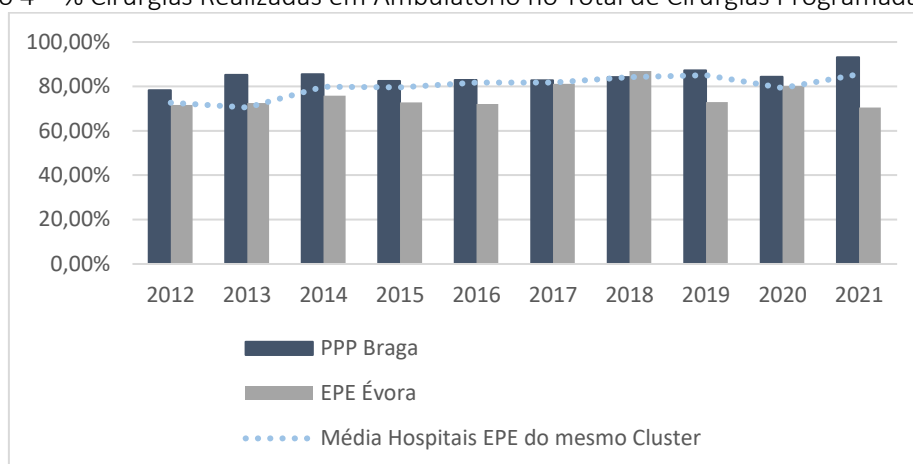
4.7.1.1. Dimensão desempenho assistencial

Esta dimensão contempla o apuramento de 8 indicadores relativos a dois hospitais (um hospital PPP e outro EPE) escolhidos na amostra, para o período compreendido entre 2012 a 2021. Efetuámos a respetiva comparação, entre os resultados individuais de cada hospital selecionado, com a média dos hospitais EPE do *cluster* em análise.

No que concerne ao indicador ‘% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis’, e tal como mostra o Gráfico 4, o Hospital de Braga obteve sistematicamente resultados acima da média dos hospitais EPE do mesmo *cluster* e resultados superiores face ao Hospital de Évora, com a exceção do ano de 2018. Estes resultados mostram-nos que o hospital PPP apresentou uma performance superior, no que a este indicador diz respeito.

De realçar que, nos anos de 2020 e 2021, ou seja, nos dois primeiros anos correspondentes a reversão para o modelo EPE, o Hospital de Braga manteve a média dos 8 anos anteriores, com uma ligeira melhoria no ano de 2021.

Gráfico 4 – % Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH)

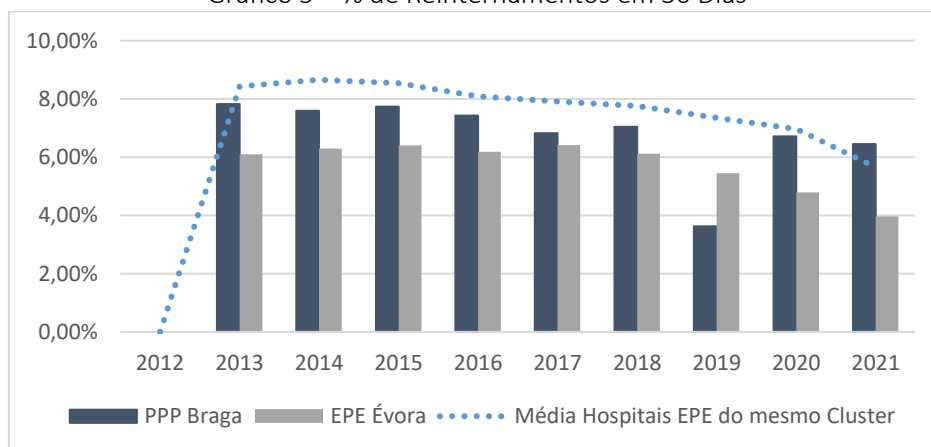


Fonte: Elaboração própria

No que concerne ao indicador '*% de Reinternamentos em 30 Dias*', e tal como mostra o Gráfico 5, o Hospital de Braga obteve resultados acima da média dos Hospitais EPE, sendo que para este indicador o Hospital de Évora apresenta uma *performance* superior, com a exceção do ano de 2019. De notar que para este indicador, a ACSS não disponibilizou resultados relativos ao ano de 2012.

De realçar que, nos anos de 2020 e 2021, ou seja, nos dois primeiros anos correspondentes a reversão para o modelo EPE, o Hospital de Braga manteve a média dos 8 anos anteriores, com uma ligeira melhoria nos anos de 2020 e 2021.

Gráfico 5 – % de Reinternamentos em 30 Dias

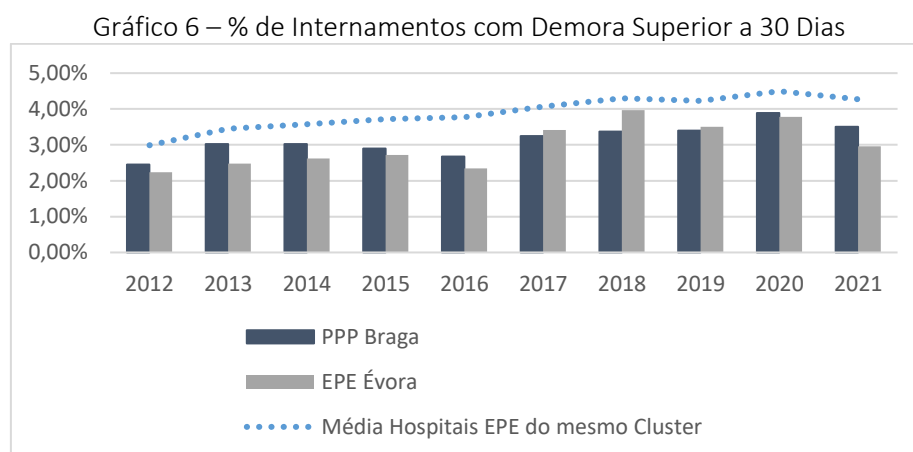


Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador '*% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias*', e tal como mostra o Gráfico 6, o Hospital de Braga obteve resultados acima da média dos Hospitais EPE, revelando uma melhor *performance* que a média dos hospitais EPE do mesmo *cluster*. Para este indicador o Hospital de Évora apresenta uma *performance* superior até ao ano de

2016 e ligeiramente inferior nos 3 anos seguintes, voltando a superar o Hospital de Braga nos anos subsequentes.

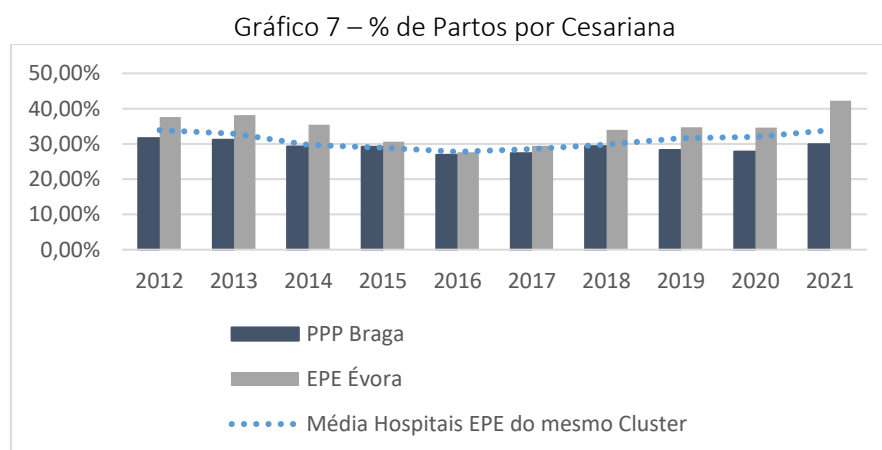
De realçar que, nos anos de 2020 e 2021, ou seja, nos dois primeiros anos correspondentes a reversão para o modelo EPE, o Hospital de Braga manteve a média dos 8 anos anteriores, com uma ligeira melhoria no ano de 2021.



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Partos por Cesariana’, e tal como mostra o Gráfico 7, o Hospital de Braga obteve resultados ligeiramente acima da média dos Hospitais EPE, sendo que para este indicador o Hospital de Évora apresenta resultados ligeiramente acima da média. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo PPP face ao modelo EPE para o indicador em apreço.

De realçar que, nos anos de 2020 e 2021, ou seja, nos dois primeiros anos correspondentes a reversão para o modelo EPE, o Hospital de Braga tem vindo a piorar a sua *performance* para este indicador, sendo que em 2020 apresentou o seu pior resultado no conjunto dos 10 anos analisados.

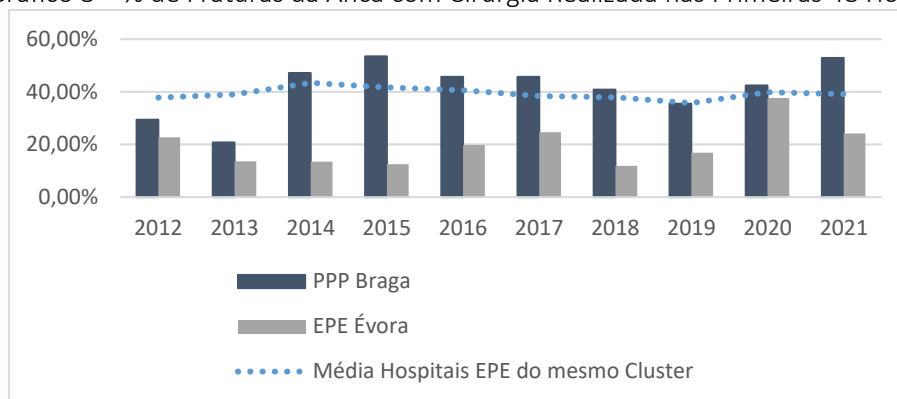


Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas’, e tal como mostra o Gráfico 8, o Hospital de Braga obteve resultados acima da média dos Hospitais EPE a partir de 2014, sendo que para este indicador o Hospital de Évora apresenta resultados muito abaixo da média, revelando uma *performance* inferior, quando comparada com o hospital PPP de Braga. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo PPP face ao modelo EPE para o indicador em apreço.

De realçar que, nos anos de 2020 e 2021, ou seja, nos dois primeiros anos correspondentes a reversão para o modelo EPE, o Hospital de Braga manteve a média dos 8 anos anteriores, com uma ligeira melhoria no ano de 2021.

Gráfico 8 – % de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas

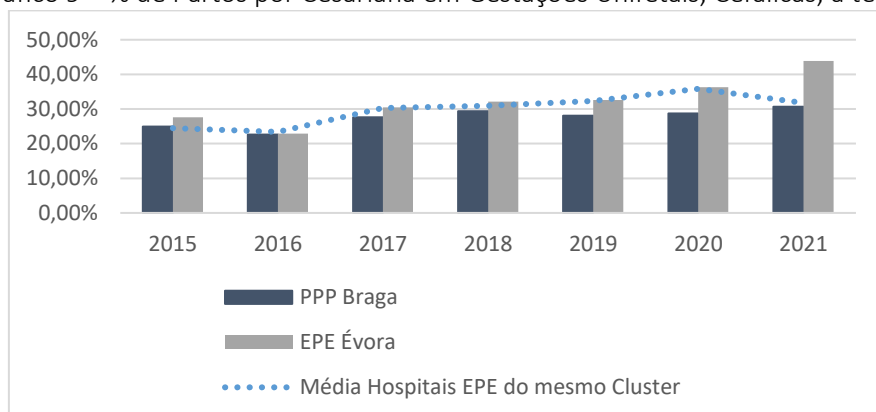


Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo’, importa referir que este indicador apenas começou a ser medido em 2015. Como mostra o Gráfico 9, o Hospital de Braga obteve resultados em linha com média dos Hospitais EPE até 2018, sendo que a partir desse ano apresentou resultados ligeiramente acima da média. Para este indicador o Hospital de Évora apresenta resultados em linha com a média dos hospitais EPE, mas revelando uma *performance* inferior quando comparado com o Hospital de Braga.

De realçar que, nos anos de 2020 e 2021, ou seja, nos dois primeiros anos correspondentes a reversão para o modelo EPE, o Hospital de Braga manteve a média dos 8 anos anteriores, com uma ligeira melhoria no ano de 2021.

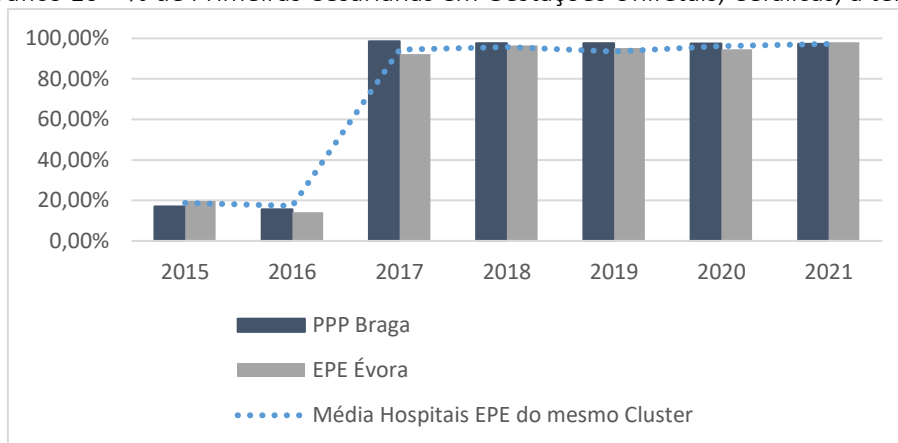
Gráfico 9 – % de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo’ de referir que este indicador apenas começou a ser medido em 2015. Como mostra o Gráfico 10, o Hospital de Braga obteve resultados em linha com média dos Hospitais EPE, acompanhado pelos resultados do Hospital de Évora, também com resultados em linha com a média dos hospitais EPE. Estes resultados traduzem-se numa *performance* idêntica do modelo PPP face ao modelo EPE para o indicador em apreço.

Gráfico 10 – % de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo

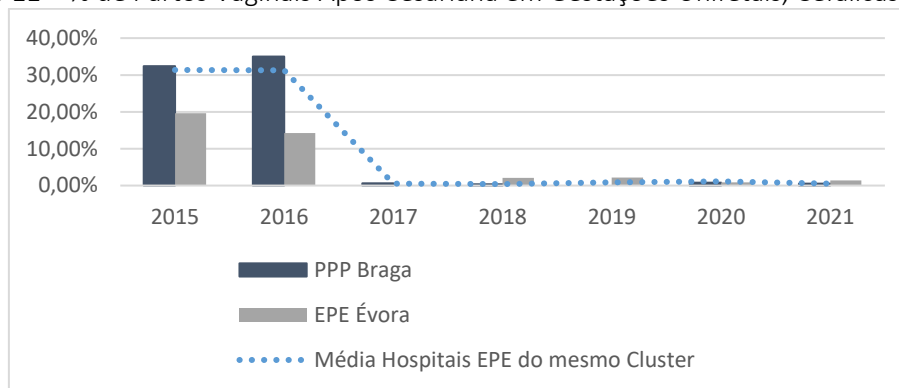


Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo’ de referir que este indicador apenas começou a ser medido em 2015. Como mostra o Gráfico 11, o Hospital de Braga obteve resultados em linha com média dos Hospitais EPE, sendo que em 2015 e 2016 apresentou uma *performance* muito superior quando comparado com o Hospital de Évora. Os resultados do Hospital de Évora ficaram abaixo da média dos hospitais EPE para os anos de 2015 e 2016, sendo que nos anos seguintes verificou-se um alinhamento da *performance*.

De realçar que, nos anos de 2020 e 2021, ou seja, nos dois primeiros anos correspondentes a reversão para o modelo EPE, o Hospital de Braga manteve a média dos 3 anos anteriores.

Gráfico 11 – % de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo

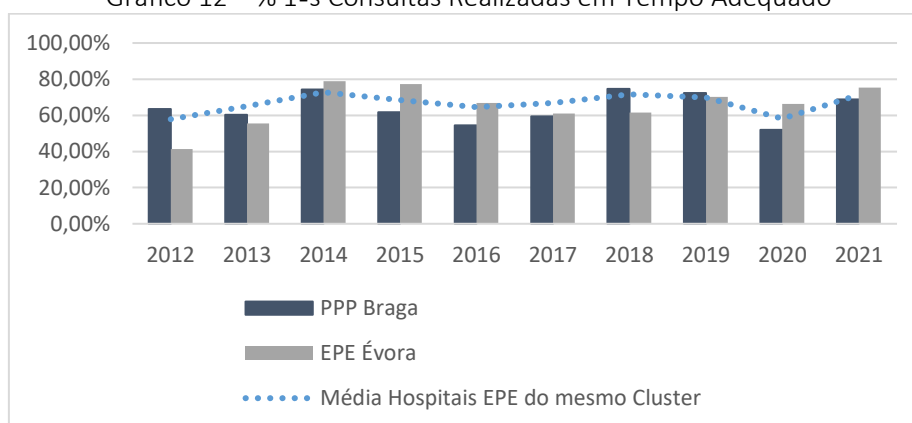


Fonte: Elaboração própria

4.7.1.2. Dimensão acesso

Relativamente ao indicador '*% 1^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado*' e como mostra o Gráfico 12, o Hospital de Braga obteve resultados em linha com média dos Hospitais EPE, acompanhado pelos resultados do Hospital de Évora, também com resultados em linha com a média dos hospitais EPE. Relativamente aos anos 2014, 2018 e 2019 o hospital de Évora apresentou resultados ligeiramente acima da média e superiores aos registados pelo hospital de Braga. Ainda de relevar o facto de que no 1º ano após a reversão do modelo PPP para EPE (2020) o Hospital de Braga apresentou o seu pior resultado, recuperando em 2021.

Gráfico 12 – % 1^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado

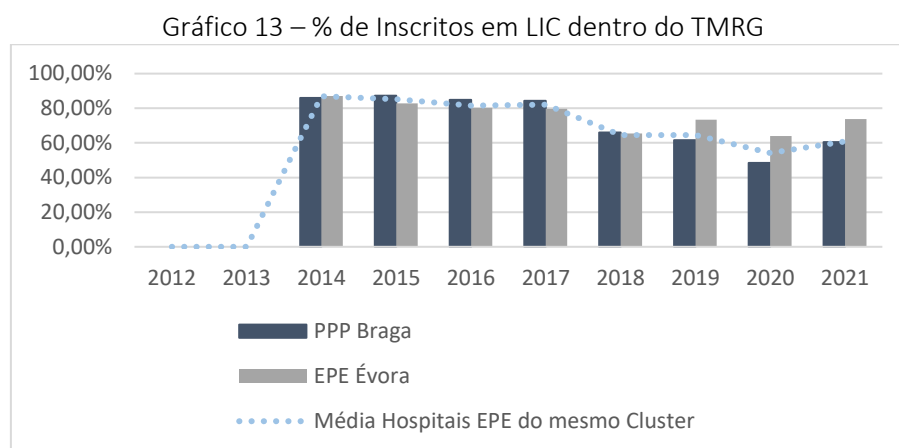


Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador '*% de Inscritos em LIC dentro do TMRG*' e como mostra o Gráfico 13, o Hospital de Braga obteve resultados em linha com média dos Hospitais EPE, com exceção do ano de 2020. Nota-se que a partir de 2018 existe uma quebra de *performance* para

este indicador. Comparando com os resultados do Hospital de Évora, nota-se que o hospital EPE tem um desempenho superior entre 2018 e 2021.

De realçar que, nos anos de 2020 e 2021, ou seja, nos dois primeiros anos correspondentes a reversão para o modelo EPE, o Hospital de Braga manteve a média dos 8 anos anteriores, com uma ligeira melhoria de *performance* no ano de 2021.



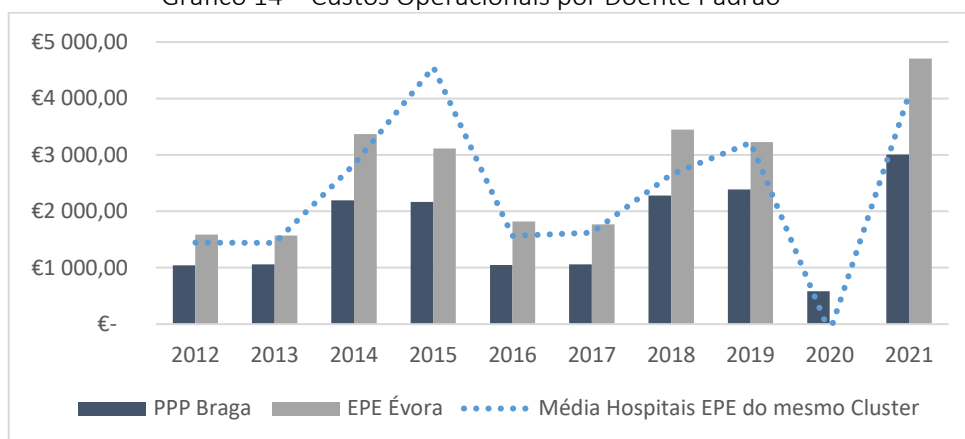
Fonte: Elaboração própria

4.7.1.3. Dimensão desempenho economico-financeiro

Relativamente ao indicador '*Custos Operacionais por Doente Padrão*' e como mostra o Gráfico 14, o Hospital de Braga obteve, de forma regular, resultados melhores quando comparado com a média dos Hospitais EPE. Quando comparamos os resultados do Hospital e Braga com os resultados do Hospital de Évora, também é notório o melhor desempenho economico-financeiro da PPP de Braga entre 2012 e 2019.

De realçar que, nos anos de 2020 e 2021, ou seja, nos dois primeiros anos correspondentes a reversão para o modelo EPE, o Hospital de Braga apresentou o seu pior resultado, para o conjunto dos 10 anos analisados, no ano de 2021.

Gráfico 14 – Custos Operacionais por Doente Padrão



Fonte: Elaboração própria

4.7.2. Hospitais pertencentes ao cluster B

Os hospitais pertencentes ao *cluster* B e que fazem parte da nossa amostra, são o Hospital PPP de Vila Franca de Xira e o Hospital EPE da Figueira da Foz.

No âmbito da comparação da *performance* dos hospitais PPP vs EPE, apresentamos de seguida a comparação dos resultados obtidos pelo Hospital de Vila Franca de Xira com o Hospital EPE da Figueira da Foz num conjunto de indicadores para os quais existem resultados apurados para a generalidade das unidades hospitalares do SNS, nas vertentes da eficiência, da qualidade e do acesso.

No que diz respeito aos indicadores de eficiência operacional, segundo o TC (2019) o HVFX apresentou indicadores de eficiência operacional acima da média, que se traduziram em uma elevada utilização da capacidade instalada de internamento e cirurgia; a taxa de ocupação no internamento de 96%, em 2017 foi a mais elevada do *Cluster* B e a terceira mais elevada do conjunto dos *Clusters* B e C, denotando a elevada utilização dos recursos disponíveis para esta atividade.

O número de doentes saídos cama/mês no HVFX no ano de 2017 foi de 3,7 doentes, ocupando o 2º lugar do *Cluster* B. Comparativamente, o CH da Póvoa de Varzim e Vila do Conde têm o melhor resultado, com 4,3 doentes saídos, por cama/mês (TC, 2019).

Relativamente ao índice de demora média no internamento, o HVFX surgiu alinhado com as médias dos *clusters* B e C, com 7,8 dias, com este indicador a variar entre os 5,4 dias do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde e os 9,9 dias da ULS da Guarda.

O HVFX destaca-se na demora média pré-cirúrgica, com o melhor desempenho do *cluster* B (0,44 dias) e o 2º lugar no conjunto dos *clusters* B e C, sendo que ao nível da % de internamentos com demora superior a 30 dias, apresentou o 4º valor mais baixo do *cluster* B,

e o 6º dos *clusters* B e C, que variam entre o mínimo do CH da Póvoa de Varzim (0,85%) e o máximo da ULS da Guarda, com 5,07% (TC, 2019).

Quanto à capacidade utilizada das salas do Bloco operatório, a taxa apurada foi de 69%, similar à do Hospital de Santa Maria Maior, colocando-o na 2ª posição no conjunto dos *clusters* B e C, acima das médias de cada um deles (46% e 50%, respetivamente). A utilização das instalações afetas à consulta externa foi das mais elevadas, surgindo em 2º lugar, com uma média de 14 consultas diárias por gabinete, para um valor máximo de 15 consultas (ULSCB) e um valor mínimo de 9 (ULSAM).

A produtividade dos profissionais médicos, medida através do nº de doentes padrão por médico ETC (equivalente a tempo completo de 35 horas), apresentou resultados, em 2017, que não divergem significativamente da média do conjunto de unidades analisadas; relativamente à produtividade dos profissionais de enfermagem, medida através do nº de doentes padrão por enfermeiro ETC, apresentou resultados, em 2017, acima da média de ambos os *clusters*, sendo a mais elevada do *cluster* B, no qual se insere.

Relativamente aos indicadores de eficiência económica, os custos operacionais por doente padrão apurados pelo TC (2019), para o ano de 2017, foi de 2.653€ – o valor unitário mais baixo dos *clusters* B e C, e o segundo mais baixo do universo alargado de 29 entidades analisadas (*clusters* B, C, D e E). Somente o Hospital de Braga consegue um melhor resultado (2.134€). Este hospital, de maior dimensão, era também, em 2017, gerido em regime PPP, pelo mesmo grupo privado que é responsável pela gestão do estabelecimento hospitalar em Vila Franca de Xira.

No que aos indicadores de qualidade e eficácia diz respeito, segundo o TC (2019) os mesmos traduzem um desempenho do HVFX alinhado com a mediana do grupo de hospitais comparáveis. Relativamente à percentagem de partos por cesariana, o HVFX apresentou uma taxa de 27,9%, representando um desempenho superior às médias dos *clusters* B e C. No que respeita ao indicador “% de cirurgias de ambatório (GDH) para procedimentos ambulatorizáveis”, o HVFX posiciona-se em 4º lugar no *cluster* B (e em 10º nos *clusters* B e C), com 81,3%, acima das médias dos dois grupos, sendo que a percentagem de reinternamentos em 30 dias foi de 7,9%, um desempenho mediano no conjunto dos *clusters* B e C. Quanto à percentagem de reinternamentos em 5 dias, o Hospital de Vila Franca de Xira teve o 3º melhor desempenho das entidades do seu *cluster*.

No HVFX, durante 2017, apenas 41,9% das fraturas da anca tiveram cirurgia realizada nas primeiras 48 horas, o 3º pior desempenho do seu *cluster* (TC, 2019).

No que diz respeito aos indicadores de acesso, o TC (2019) salienta que a proporção de primeiras consultas no total de consultas realizadas reflete a abertura do Hospital ao acesso por parte de novos doentes, ou de doentes com novos problemas de saúde. A % de primeiras

consultas no total de consultas foi de 34% no HVFX, em 2017, a 3ª mais elevada do seu *cluster*, tendo ficado acima da média do *cluster* B e da média do *cluster* C (32%).

Quanto a tempos de espera para consultas externas, comparativamente aos resultados apurados para a generalidade dos hospitais do SNS, verificou-se que os 106 dias de tempo médio de espera nas consultas realizadas em 2017 compara, ainda assim favoravelmente com a média global (129 dias). No entanto, um utente do HVFX esperou, em média, cerca do dobro do tempo que teria que suportar no CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde, com o menor tempo de resposta observado de 58 dias. A mediana do tempo de espera em LEC (lista de espera para consultas) foi de 81 dias, em 2017, o 4º menor tempo das 39 entidades observadas (TC, 2019).

Tendo em conta todos os resultados apresentados acima, e o facto de muitos deles serem relativos a períodos específicos de tempo (1 ano ou 2 anos), torna-se crucial apresentarmos os resultados de alguns dos indicadores para um período de 10 anos (vigência dos contratos de gestão).

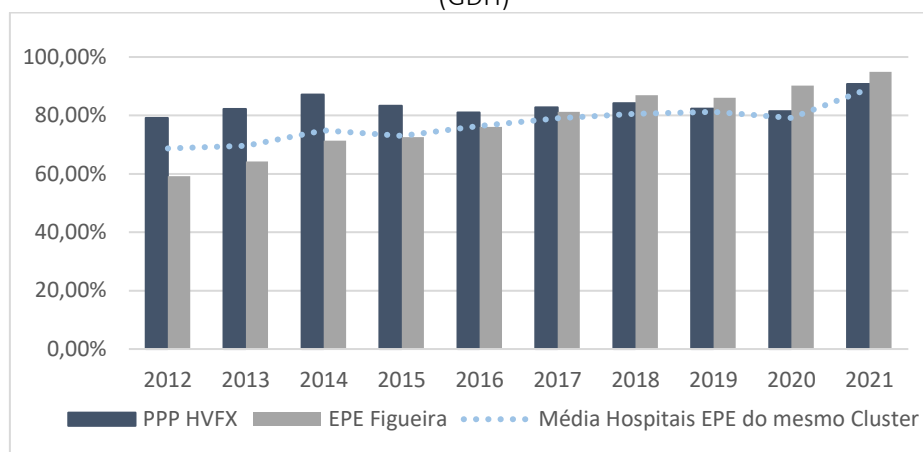
Serão apresentados os resultados relativos às dimensões ‘Desempenho Assistencial’, ‘Acesso’ e ‘Desempenho economico-financeiro’ para o hospital PPP do presente *cluster* comparando com a respetiva unidade EPE.

4.7.2.1. Dimensão desempenho assistencial

Esta dimensão contempla o apuramento de 8 indicadores relativos a dois hospitais (um hospital PPP e outro EPE) escolhidos na amostra, para o período compreendido entre 2012 a 2021. Efetuámos a respetiva comparação, entre os resultados individuais de cada hospital selecionado, com a média dos hospitais EPE do cluster em análise.

No que concerne ao indicador ‘% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis’, e tal como mostra o Gráfico 15, o Hospital de VFX obteve sistematicamente resultados acima da média dos hospitais EPE do mesmo *cluster* e superiores aos resultados do Hospital da Figueira da Foz para o período compreendido entre 2012 a 2017. De realçar que o Hospital da Figueira da Foz tem vindo, nos últimos 5 anos a melhorar a sua *performance* para este indicador, situando-se acima da média.

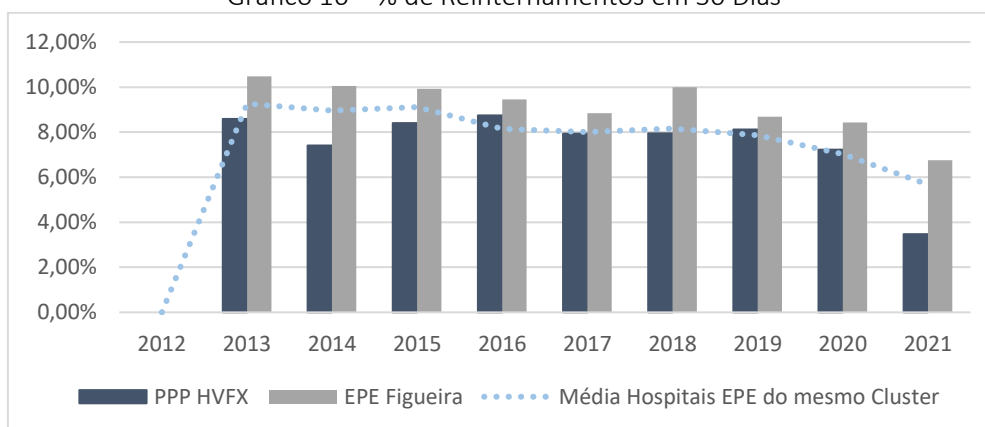
Gráfico 15 – % Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH)



Fonte: Elaboração própria

No que concerne ao indicador ‘% de Reinternamentos em 30 Dias’, e tal como mostra o Gráfico 16, o Hospital de VFX apresenta uma *performance* em linha com a média dos Hospitais EPE, sendo que para este indicador o Hospital da Figueira apresenta uma *performance* inferior na globalidade do período analisado. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo PPP face ao modelo EPE para o indicador em apreço. De notar que a ACSS não disponibilizou resultados para o ano de 2012. Ainda de realçar o excelente resultado obtido pelo Hospital de VFX no ano de 2021, situando-te muito abaixo da média dos hospitais EPE do seu *cluster*.

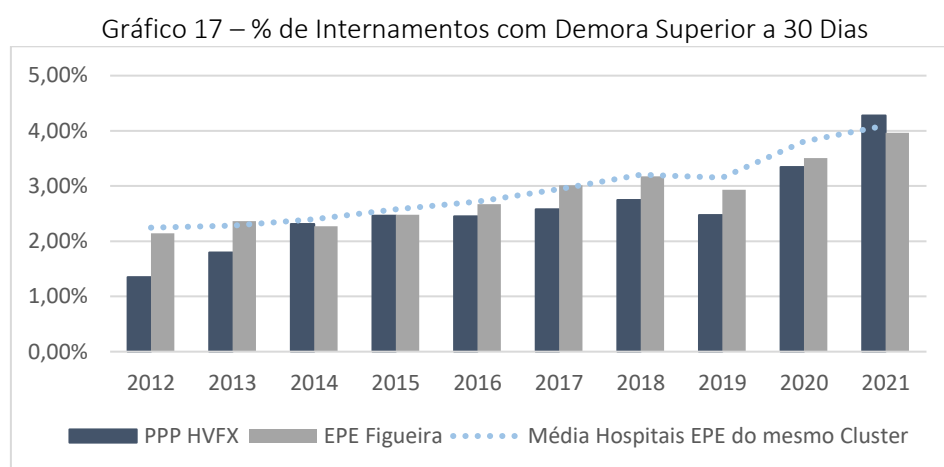
Gráfico 16 – % de Reinternamentos em 30 Dias



Fonte: Elaboração própria

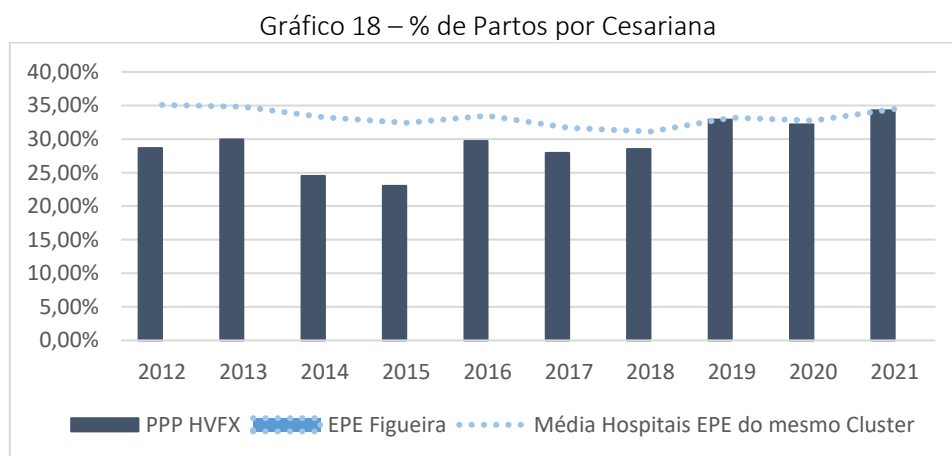
Relativamente ao indicador ‘% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias’, e tal como mostra o Gráfico 17, o Hospital de VFX apresenta uma *performance* ligeiramente acima da média dos Hospitais EPE. Para este indicador o Hospital da Figueira apresenta resultados piores, quando comparado com o hospital PPP, com a exceção dos anos de 2014 e 2021. Estes

resultados traduzem-se numa *performance* ligeiramente superior do modelo PPP face ao modelo EPE para o indicador em apreço.



Fonte: Elaboração própria

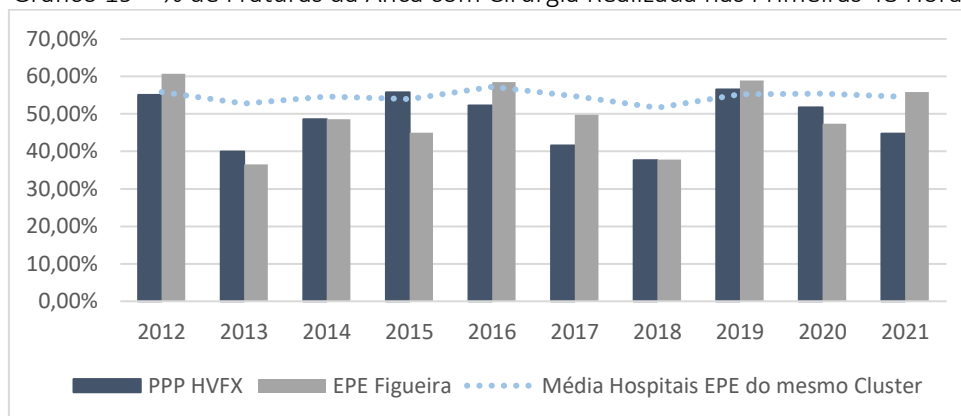
Relativamente ao indicador ‘% de Partos por Cesariana’, e tal como mostra o Gráfico 18, o Hospital de VFX obteve, constantemente, uma *performance* acima dos hospitais EPE para os primeiros 7 anos analisados, mantendo-se na média nos últimos 3 anos. Para este indicador, o Hospital da Figueira da Foz não possui esta valência, invalidando a comparação direta.



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas’, e tal como mostra o Gráfico 19, o Hospital de VFX obteve resultados abaixo da média dos Hospitais EPE para a maioria dos anos analisados, sendo que para este indicador o Hospital da Figueira da Foz apresenta resultados também maioritariamente abaixo da média, mas ainda assim ligeiramente melhores que o hospital PPP.

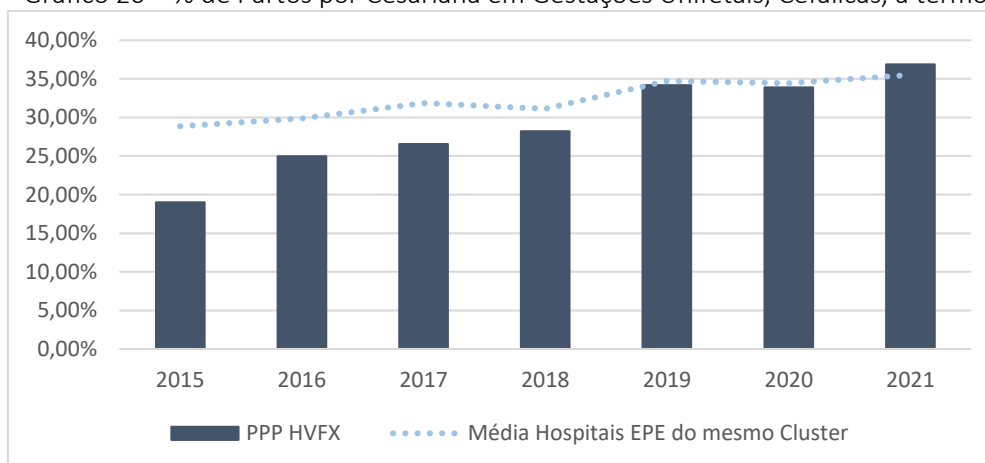
Gráfico 19 – % de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo’ de referir que este indicador apenas começou a ser medido em 2015. Como mostra o Gráfico 20, o Hospital de VFX apresentou uma *performance* acima da média dos Hospitais EPE até 2018, sendo que a partir desse ano apresentou resultados em linha com a média. Para este indicador o Hospital da Figueira da Foz não possui esta valência, invalidando uma comparação direta.

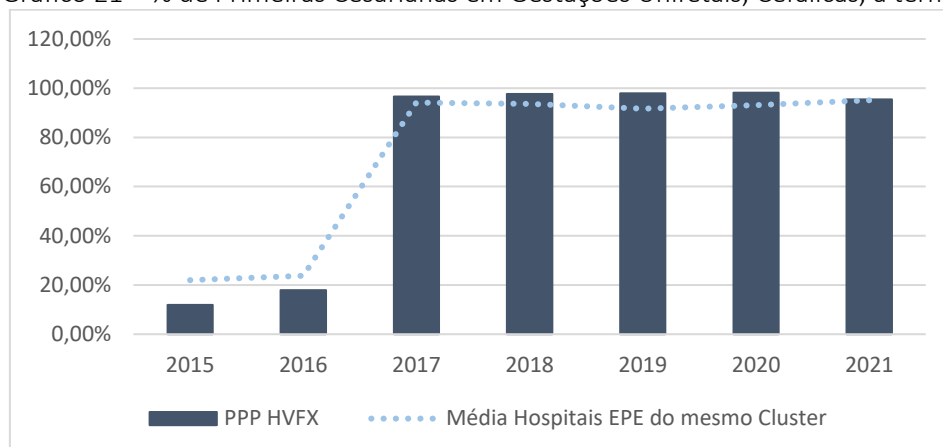
Gráfico 20 – % de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo’ de referir que este indicador apenas começou a ser medido em 2015. Como mostra o Gráfico 21, o Hospital de VFX obteve resultados em linha com média dos Hospitais EPE. Para este indicador o Hospital Distrital da Figueira da Foz não possui esta valência, invalidando a comparação direta.

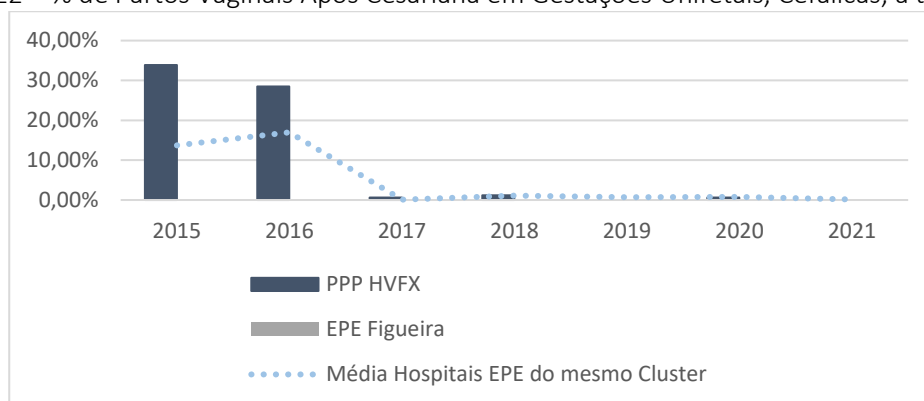
Gráfico 21 – % de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo’, de referir que este indicador apenas começou a ser medido em 2015. Como mostra o Gráfico 22, o Hospital de VFX apresenta uma *performance* acima da média dos Hospitais EPE em 2015 e 2016, sendo que para os anos seguintes manteve valores em linha com a média dos hospitais EPE. Para este indicador o Hospital Distrital da Figueira da Foz não possui esta valência, invalidando uma comparação direta.

Gráfico 22 – % de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



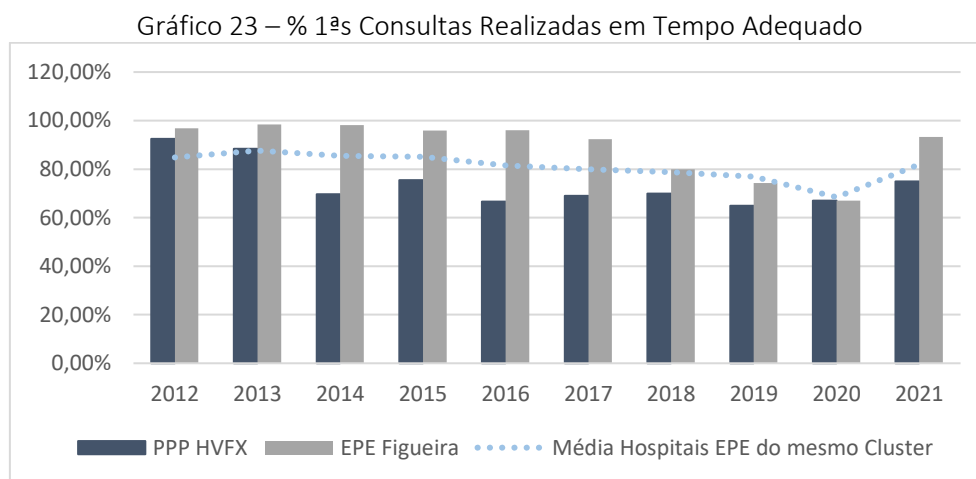
Fonte: Elaboração própria

4.7.2.2. Dimensão acesso

Esta dimensão contempla o apuramento de 2 indicadores relativos a dois hospitais (um hospital PPP e outro EPE) escolhidos na amostra, para o período compreendido entre 2012 a 2021. Efetuámos a respetiva comparação, entre os resultados individuais de cada hospital selecionado, com a média dos hospitais EPE do cluster em análise.

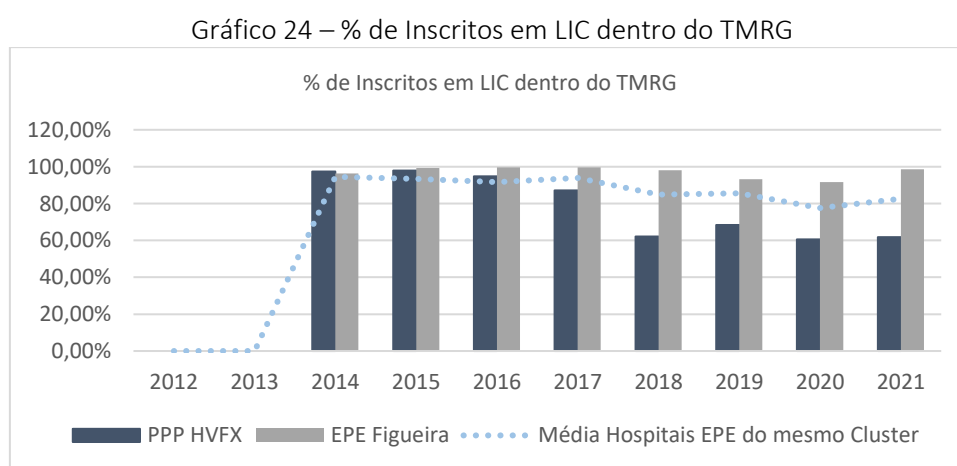
Relativamente ao indicador ‘% 1^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado’ e como mostra o Gráfico 23, o Hospital de VFX apresenta uma *performance* abaixo da média dos

Hospitais EPE entre os anos 2014 a 2019, melhorando o seu desempenho nos anos seguintes. Comparando com os resultados do Hospital da Figueira, nota-se que o hospital EPE tem um desempenho superior durante todo o período analisado. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo EPE face ao modelo PPP, para o indicador em apreço.



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Inscritos em LIC dentro do TMRG’ e como mostra o Gráfico 24, o Hospital de VFX obteve resultados em linha com média dos Hospitais EPE entre os anos 2014 a 2017, baixando o seu desempenho nos anos seguintes. Comparando com os resultados do Hospital da Figueira, nota-se que o hospital EPE tem um desempenho superior durante todo o período analisado. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo EPE face ao modelo PPP, para o indicador em apreço.

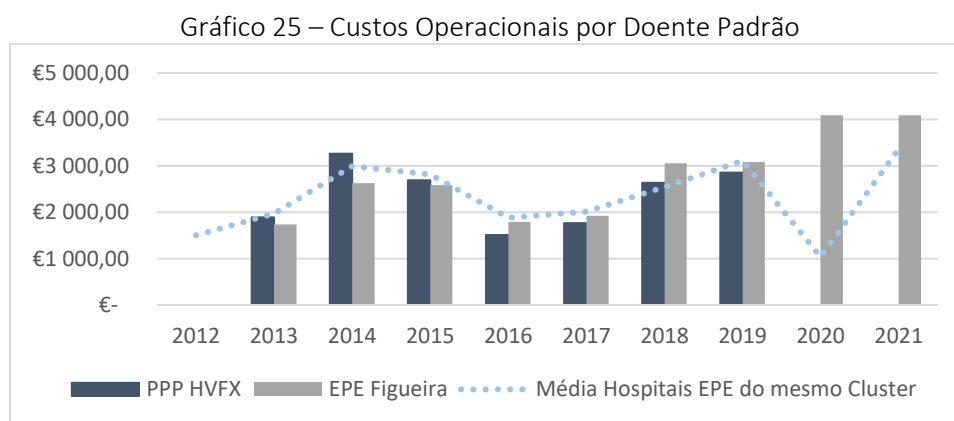


Fonte: Elaboração própria

4.7.2.3. Dimensão desempenho economico-financeiro

Esta dimensão contempla 1 indicador que foi medido, para os dois hospitais escolhidos na amostra, em função dos seus resultados entre 2012 a 2021, tendo sido feita a respetiva comparação entre eles e com a média dos hospitais EPE do *cluster* em análise.

Relativamente ao indicador ‘Custos Operacionais por Doente Padrão’ e como mostra o Gráfico 25, o Hospital de VFX obteve, de forma regular, resultados em linha com a média dos Hospitais EPE, sendo que para os anos 2020 e 2021 não foram disponibilizados dados pela ACSS. Quando comparamos os resultados do Hospital de VFX com os resultados do Hospital da Figueira, também é notório o melhor desempenho economico-financeiro da PPP de VFX a partir de 2016.



Fonte: Elaboração própria

4.7.3. Hospitais pertencentes ao cluster C

Os hospitais pertencentes ao *cluster C* e que fazem parte da nossa amostra, são os Hospitais PPP de Cascais e Loures e os Hospitais EPE de Setúbal e Leiria.

De acordo com a auditoria levada a cabo pelo TC em 2014, o Hospital de Cascais, comparando com outros hospitais do SNS, teve um desempenho idêntico ao do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, que apresentou os melhores indicadores ao nível dos doentes saídos por cama, demora média no internamento e qualidade da assistência. Foi também dos que apresentou custos unitários diretos das linhas de produção da urgência e do internamento mais baixos, bem como o menor peso das remunerações pagas sob a forma de horas extraordinárias (TC, 2014).

Os resultados da auditoria, levada a cabo pelo TC, revelaram que apesar do descontrolo com os custos de pessoal face ao previsto no caso base e em particular nas remunerações pagas sob a forma de horas extraordinárias, o Hospital de Cascais distanciou-se consideravelmente da média apresentada pelas restantes entidades hospitalares da amostra

selecionada pelo TC (2014), 12,7%, revelando-se a mais eficiente, com 5,1% de horas extraordinárias no total das remunerações.

Adicionalmente o TC (2014) aferiu que foi nos gastos com pessoal que o Hospital de Cascais revelou ser mais eficiente ao registar o custo mais baixo, € 1.460 por doente padrão, sendo que em termos de custos totais, o Hospital de Cascais apresentou o 3º menor custo por doente padrão (Tabela 76).

Tabela 76 – Custos por Doente Padrão 2012

Custos operacionais e totais (2012)	CHTS	CHEDV	H. Cascais	BarAlgarvio	CHBM	CHMT
Produtos farmacêuticos por doente padrão	282 €	369 €	610 €	693 €	645 €	430 €
Material consumo clínico por doente padrão	190 €	216 €	161 €	111 €	114 €	161 €
FSE por doente padrão	378 €	300 €	664 €	403 €	404 €	538 €
Custos com pessoal por doente padrão	1.530 €	1.553 €	1.460 €	1.740 €	1.919 €	2.057 €
Custos totais por doente padrão	2.605 €	2.617 €	3.275 €	3.289 €	3.518 €	3.375 €

Fonte: TC (2014)

No que diz respeito à relação entre o financiamento hospitalar e o número de habitantes da área de influência dos hospitais, o TC (2014) concluiu que é o Centro Hospital Tâmega e Sousa que apresenta o custo por habitante mais baixo, ficando o hospital de Cascais na 4.ª posição, sendo que por outro lado, verifica-se que o Hospital de Cascais, em 2012, revelou o financiamento por doente padrão mais elevado. De uma forma geral, o TC (2014) concluiu que o desempenho mais fraco do Hospital de Cascais residiu nos tempos de espera para a cirurgia e para as primeiras consultas, que foram dos mais elevados.

No entanto, e estando a produção do Hospital de Cascais sujeita a negociação anual com a EPC, o facto de em 2012 se ter verificado uma redução da produção definida pelo parceiro público, independentemente da capacidade instalada do hospital, este facto influenciou o desempenho destes indicadores (TC, 2014).

De notar, que à data da realização da auditoria realizada pelo TC (2014) nem todos os parâmetros de desempenho definidos no Contrato de Gestão eram avaliados pela EPC, nomeadamente os respeitantes à comparação da atividade hospitalar da parceria de Cascais com outras entidades hospitalares.

Apesar de a EPC ter definido os hospitais que integraram o *cluster*, não existiram à data consequências práticas desse procedimento uma vez que a monitorização de cerca de 69% desses parâmetros não foi efetuada. Assim, o TC (2014) refere que o facto anterior prejudica a transparência da efetividade do modelo de gestão privada do serviço público face ao modelo público de gestão dos hospitais EPE e ainda a comparação do desempenho entre as várias sociedades gestoras dos contratos PPP em execução.

A falta do exercício de *benchmarking* prejudica também a avaliação *ex post* das opções alternativas de gestão da prestação de cuidados hospitalares na vertente da economia, eficácia, eficiência e qualidade.

De referir que o modelo de monitorização em vigor para a PPP da Cascais não está replicado nos restantes hospitais do SNS, designadamente do setor empresarial do Estado, cuja atividade se rege por um contrato programa, pelo que a transparência dos padrões de produção, acesso, qualidade e segurança são mais evidentes neste modelo de gestão hospitalar em PPP do que na prestação realizada pelos hospitais EPE (TC, 2014).

As principais conclusões da auditoria levada a cabo pelo TC (2015) retratam que em 2013, primeiro ano de atividade, não se verificou uma maior eficiência decorrente do modelo PPP face à gestão pública (EPE), sendo que no final o mesmo ano, já com dois anos de atividade completos, os gastos operacionais por doente padrão do hospital de Loures eram de **2.512€** sendo superiores aos verificados em várias entidades públicas.

No entanto, o TC (2015) indica que quando comparados os gastos operacionais por doente padrão entre os hospitais pertencentes à amostra da auditoria, o Hospital de Loures apresenta um gasto inferior em cerca de 2% face ao hospital EPE mais eficiente (Centro Hospitalar de Leiria com **2.569€**). Importa referir que este gasto inferior se deve a uma gestão mais eficiente de gastos em consumo de matérias por doente padrão, sendo que o Hospital de Loures efetuou aquisições de materiais a preços mais baixos, e gastos com pessoal por doente padrão.

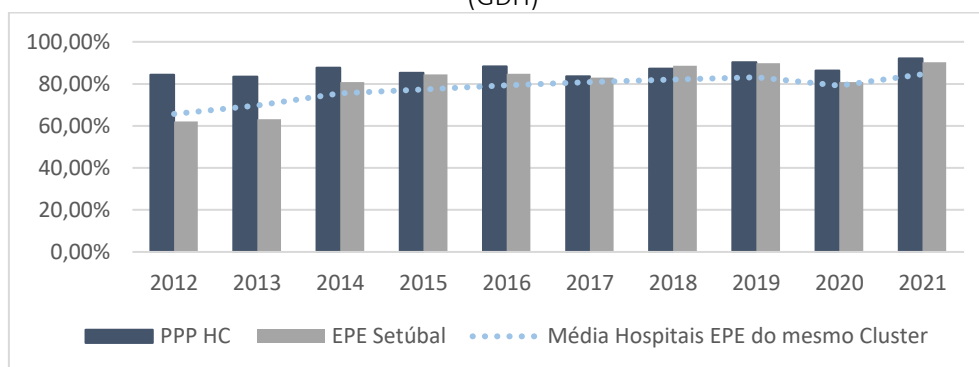
Tendo em conta todos os resultados apresentados acima, e o facto de muitos deles serem relativos a períodos específicos de tempo (1 ano ou 2 anos), torna-se crucial apresentarmos os resultados de alguns dos indicadores para um período de 10 anos (vigência dos contratos de gestão). Serão apresentados os resultados relativos às dimensões ‘Desempenho Assistencial’, ‘acesso’ e ‘desempenho economico-financeiro’ para os hospitais PPP do presente *cluster* comparando com as respetivas unidades EPE.

4.7.3.1. Dimensão desempenho assistencial

Esta dimensão contempla o apuramento de 8 indicadores relativos a dois hospitais (um hospital PPP e outro EPE) escolhidos na amostra, para o período compreendido entre 2012 a 2021. Efetuámos a respetiva comparação, entre os resultados individuais de cada hospital selecionado, com a média dos hospitais EPE do cluster em análise.

No que concerne ao indicador *‘% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis’*, e tal como mostra o Gráfico 26, o Hospital de Cascais obteve sistematicamente resultados acima da média dos hospitais EPE do mesmo *cluster*, revelando uma *performance* superior face aos resultados do Hospital de Setúbal, com a exceção do ano de 2018. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo PPP face ao modelo EPE, para o indicador em apreço.

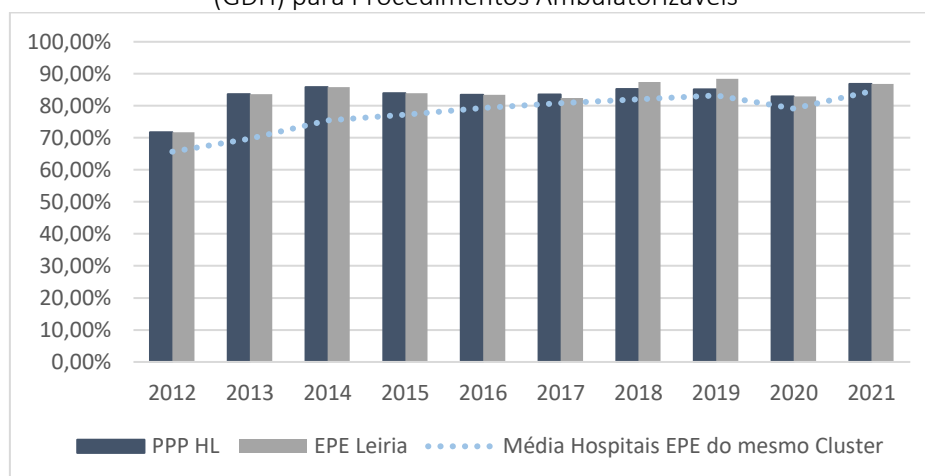
Gráfico 26 – % Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH)



Fonte: Elaboração própria

Ainda para o mesmo indicador, e tal como mostra o Gráfico 27, o Hospital de Loures obteve também sistematicamente resultados acima da média dos hospitais EPE do mesmo *cluster* e superiores aos resultados do Hospital de Setúbal com a exceção dos anos de 2018 e 2019, revelando uma *performance* ligeiramente superior na generalidade do período analisado.

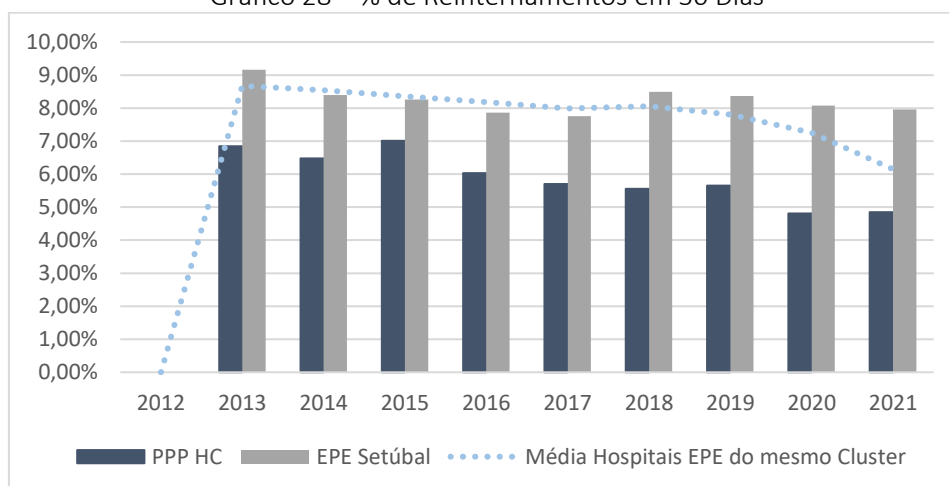
Gráfico 27 – % Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis



Fonte: Elaboração própria

No que concerne ao indicador '*% de Reinternamentos em 30 Dias*', e tal como mostra o Gráfico 28, o Hospital de Cascais apresenta uma *performance* superior tendo em consideração a média dos Hospitais EPE, sendo que para este indicador o Hospital de Setúbal apresenta resultados piores, revelando uma *performance* inferior. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo PPP face ao modelo EPE, para o indicador em apreço.

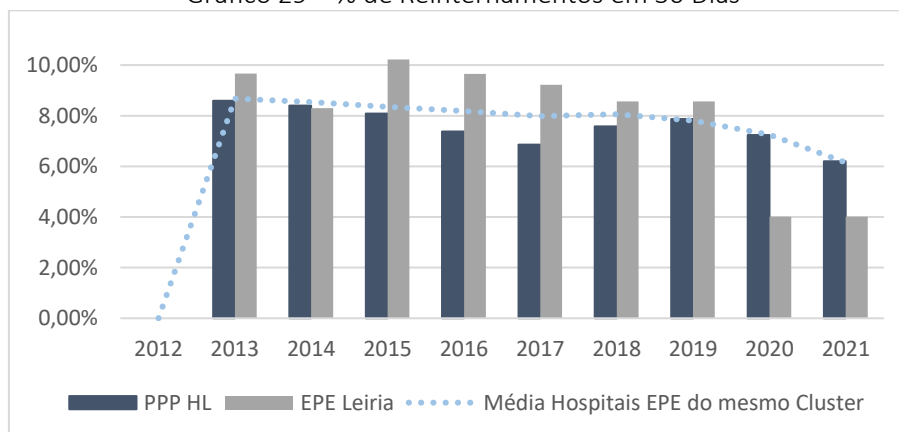
Gráfico 28 – % de Reinternamentos em 30 Dias



Fonte: Elaboração própria

Ainda dentro da análise ao mesmo indicador, de acordo com o Gráfico 29, percebemos que o Hospital de Loures obteve resultados em linha com a média dos Hospitais EPE, sendo que para este indicador o Hospital de Leiria apresenta resultados piores, exceto para os anos de 2020 e 2021, revelando uma *performance* inferior na generalidade quando comparado com o hospital PPP.

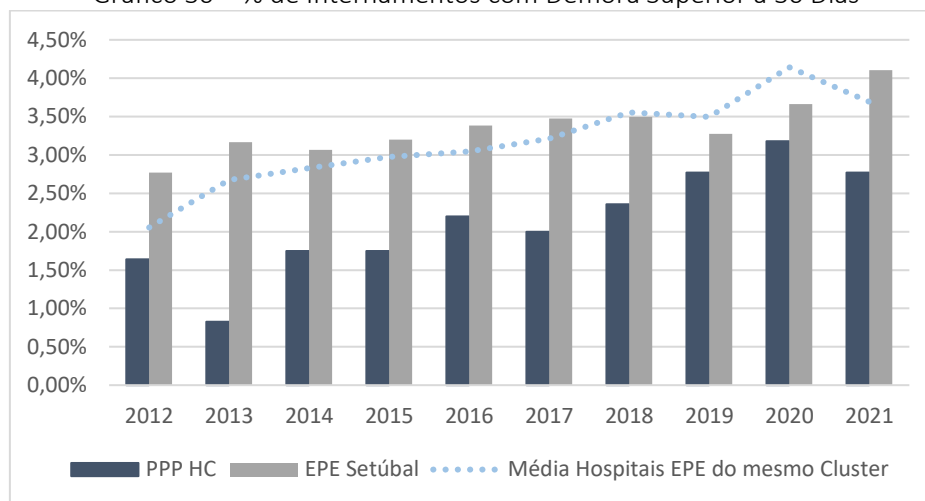
Gráfico 29 – % de Reinternamentos em 30 Dias



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador '*% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias*', e tal como mostra o Gráfico 30, o Hospital de Cascais apresenta uma *performance* muito superior face à média dos Hospitais EPE, refletindo uma melhor *performance* para este indicador. Para este indicador, o Hospital de Setúbal apresenta resultados em linha com a média dos hospitais EPE, traduzindo-se numa *performance* inferior quando comparado com o hospital PPP.

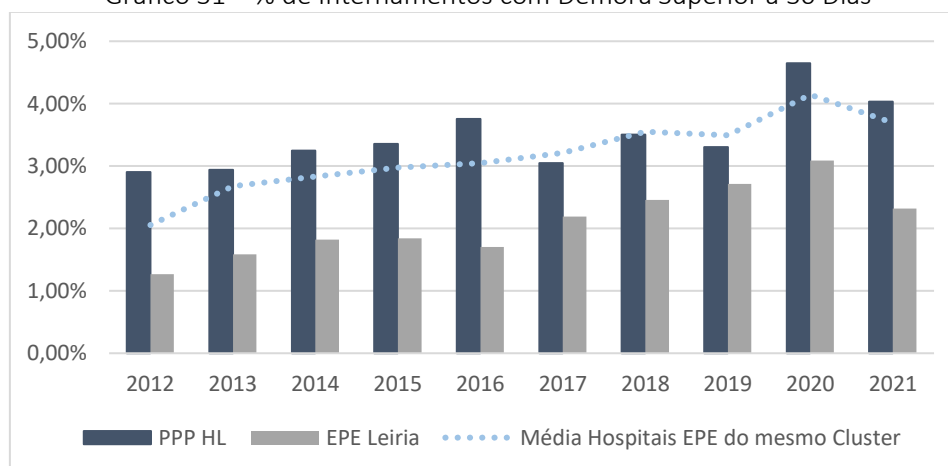
Gráfico 30 – % de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias



Fonte: Elaboração própria

Ainda sobre o mesmo indicador e tal como mostra o Gráfico 31, o Hospital de Loures obteve resultados acima da média dos Hospitais EPE com a exceção dos anos de 2017 e 2019 quando apresentou resultados em linha com a média dos hospitais EPE. Estes resultados refletem uma pior *performance* para este indicador do hospital PPP. Para este indicador o Hospital de Leiria apresenta resultados melhores, quando comparado com o hospital PPP. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo EPE face ao modelo PPP, para o indicador em apreço.

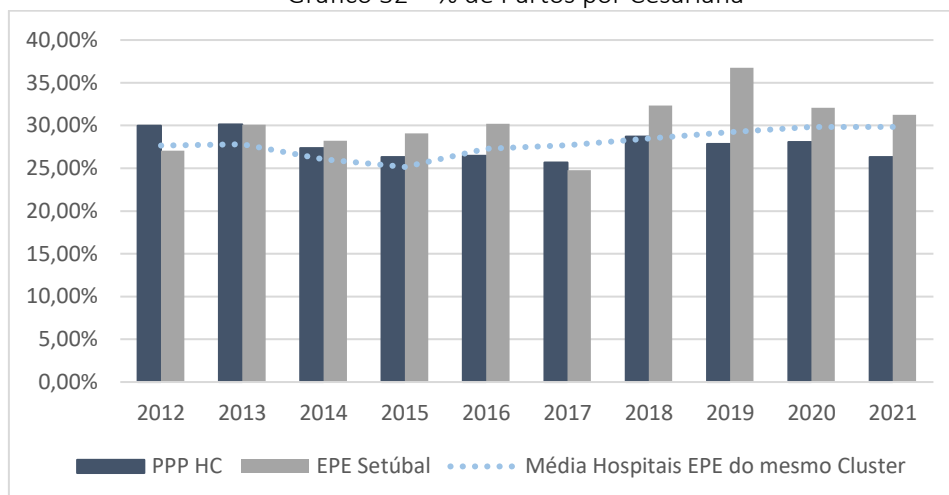
Gráfico 31 – % de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador '*% de Partos por Cesariana*', e tal como mostra o Gráfico 32, o Hospital de Cascais obteve, constantemente, resultados em linha com a média dos hospitais EPE, sendo que para este indicador o Hospital de Setúbal apresenta uma *performance* ligeiramente inferior quando comparado com o Hospital PPP.

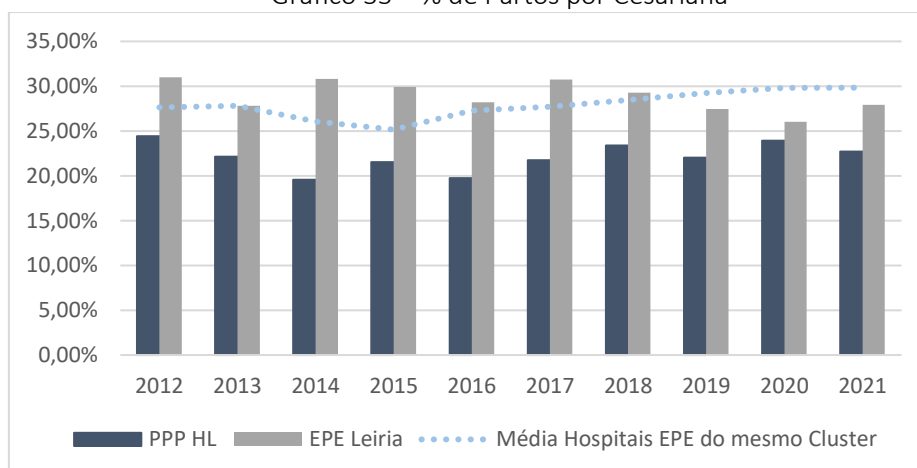
Gráfico 32 – % de Partos por Cesariana



Fonte: Elaboração própria

Fazendo ainda referência ao mesmo indicador, de acordo com o Gráfico 33, o Hospital de Loures obteve, constantemente, uma *performance* acima média dos hospitais EPE, sendo que para este indicador o Hospital de Leiria apresenta resultados inferiores, face ao hospital PPP, para a totalidade do período analisado. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo PPP face ao modelo EPE, para o indicador em apreço.

Gráfico 33 – % de Partos por Cesariana

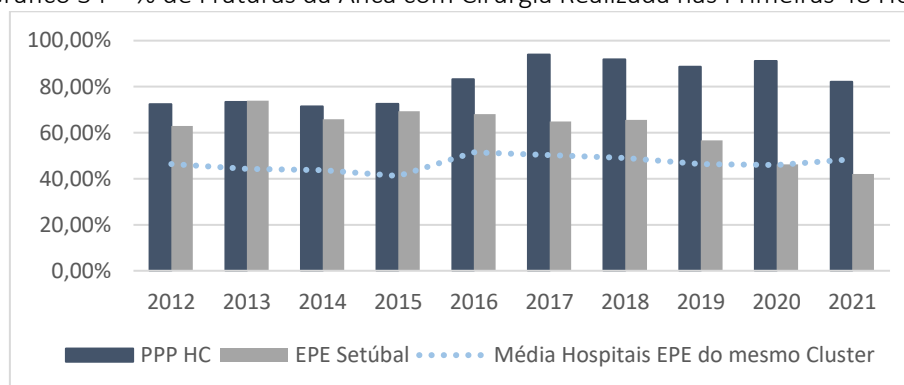


Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas’, e tal como mostra o Gráfico 34, o Hospital de Cascais apresenta uma *performance* muito acima da média dos Hospitais EPE para a totalidade do período analisado, sendo que para este indicador o Hospital de Setúbal apresenta resultados também acima da média, mas ainda assim piores que o hospital PPP, principalmente no período compreendido entre 2017

a 2021. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo PPP face ao modelo EPE, para o indicador em apreço.

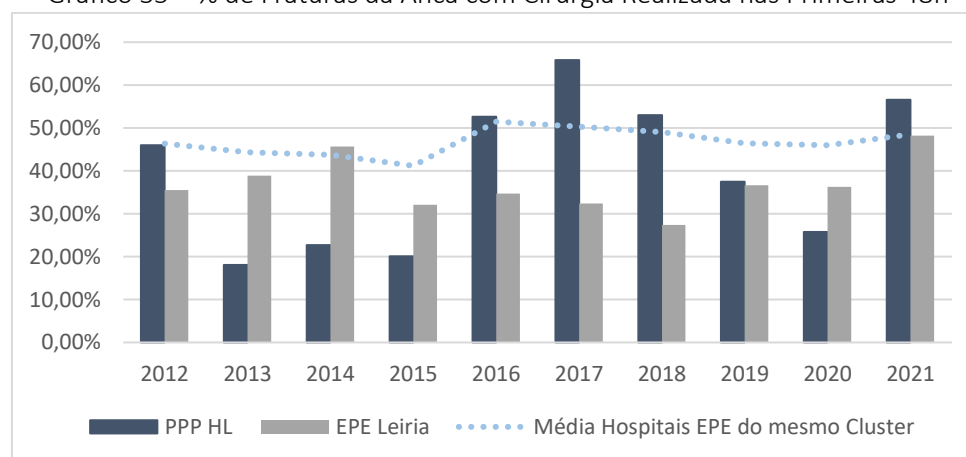
Gráfico 34 – % de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas



Fonte: Elaboração própria

Ainda para o mesmo indicador, e tal como mostra o Gráfico 35, o Hospital de Loures obteve resultados acima da média dos Hospitais EPE nos anos 2016, 2017, 2018 e 2021, sendo que para este indicador o Hospital de Leiria apresenta resultados abaixo da média, mas ainda assim ligeiramente melhores que o hospital PPP nos anos 2013, 2014 e 2015.

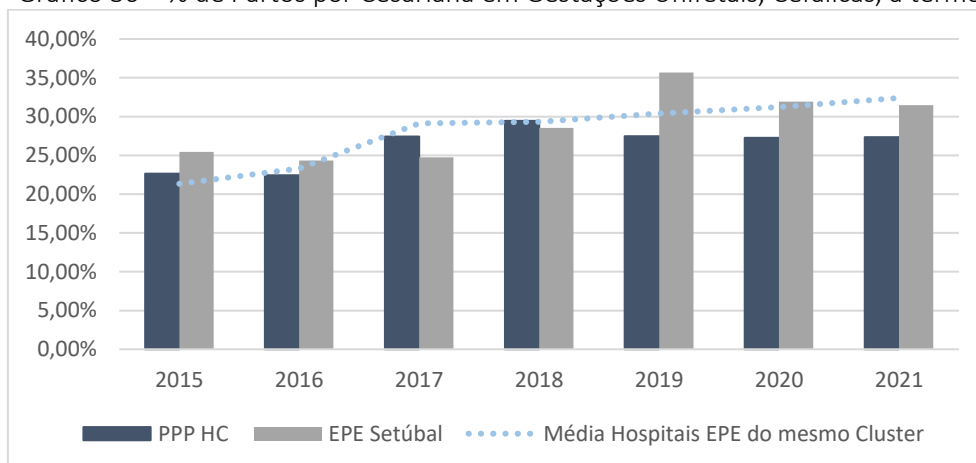
Gráfico 35 – % de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48h



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo’, de referir que este indicador apenas começou a ser medido em 2015. Como mostra o Gráfico 36, o Hospital de Cascais obteve resultados em linha com à média dos Hospitais EPE até 2018, sendo que a partir desse ano apresentou uma *performance* ligeiramente superior face à média. Quando comparada a *performance* do Hospital de Setúbal com o Hospital de Cascais, verificamos que a partir de 2019 o Hospital EPE apresenta uma *performance* inferior.

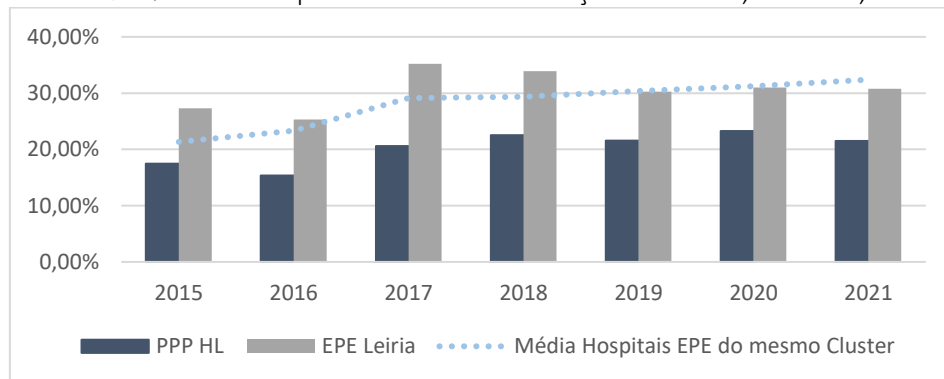
Gráfico 36 – % de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



Fonte: Elaboração própria

Ainda para o mesmo indicador, e tal como mostra o Gráfico 37, o Hospital de Loures apresenta uma *performance* muito acima da média dos Hospitais EPE. Quando comparada a *performance* do Hospital de Leiria com o Hospital de Loures, verificamos que a *performance* do Hospital PPP é manifestamente superior. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo PPP face ao modelo EPE, para o indicador em apreço.

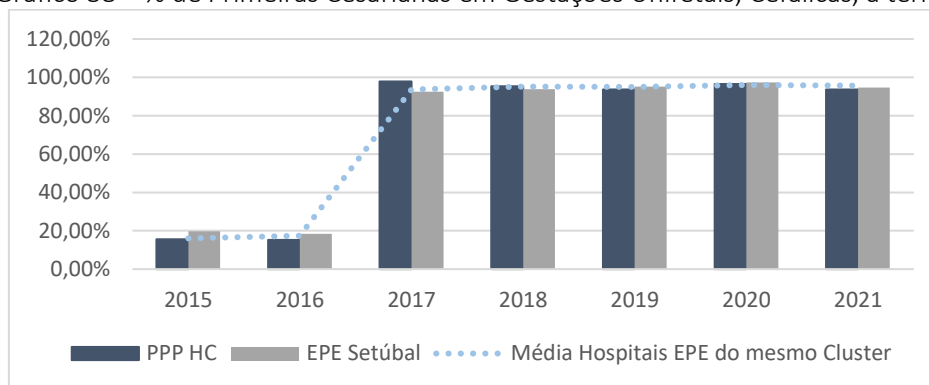
Gráfico 37 – % de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo’ de referir que este indicador apenas começou a ser medido em 2015. Como mostra o Gráfico 38, o Hospital de Cascais obteve resultados em linha com média dos Hospitais EPE. Comparando com o Hospital de Setúbal, percebemos que a *performance* é idêntica, não se dislumbrando uma diferença entre a *performance* do modelo PPP face ao modelo EPE.

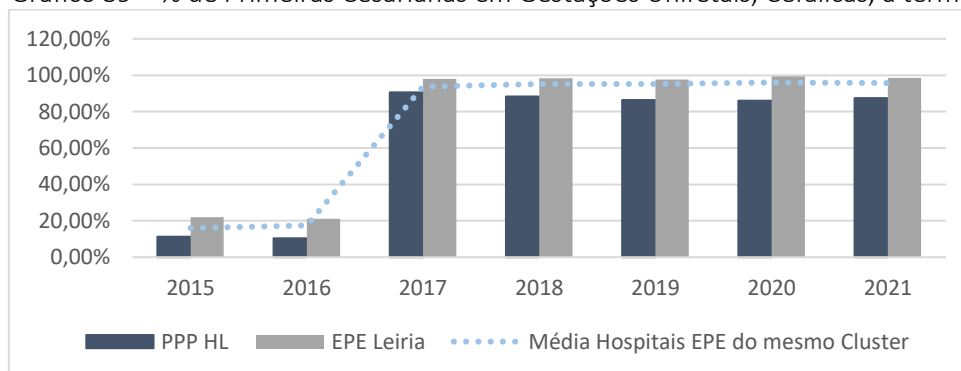
Gráfico 38 – % de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



Fonte: Elaboração própria

Ainda para o mesmo indicador, e como mostra o Gráfico 39, o Hospital de Loures obteve resultados acima da média dos Hospitais EPE. Comparando com o Hospital de Leiria, percebemos que a *performance* ligeiramente superior para o hospital PPP.

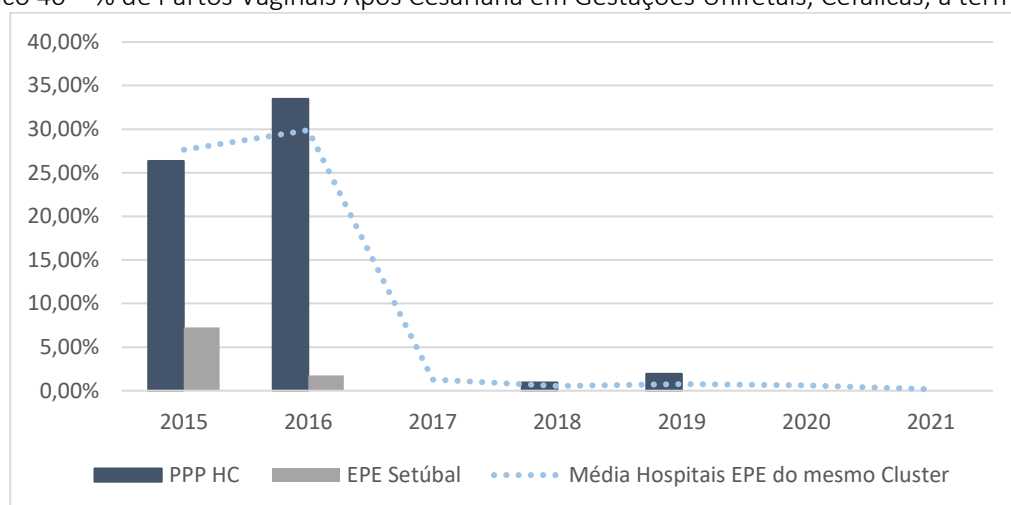
Gráfico 39 – % de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo’ de referir que este indicador apenas começou a ser medido em 2015. Como mostra o Gráfico 40, o Hospital de Cascais obteve uma *performance* acima da média dos Hospitais EPE em 2015 e 2016, sendo que para os anos seguintes manteve valores em linha com a média dos hospitais EPE.

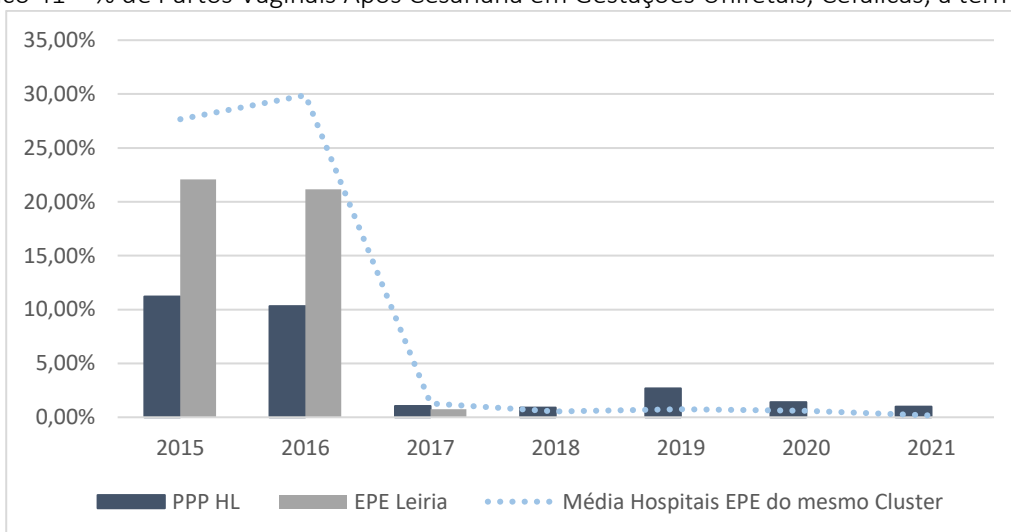
Gráfico 40 – % de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



Fonte: Elaboração própria

Ainda para o mesmo indicador, e como mostra o Gráfico 41, o Hospital de Loures apresentou uma *performance* abaixo da média dos Hospitais EPE para os anos 2015 e 2016. Comparando com o Hospital de Leiria, percebemos que a *performance* deste hospital foi ligeiramente superior, em 2015 e 2016, face ao hospital PPP.

Gráfico 41 – % de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo



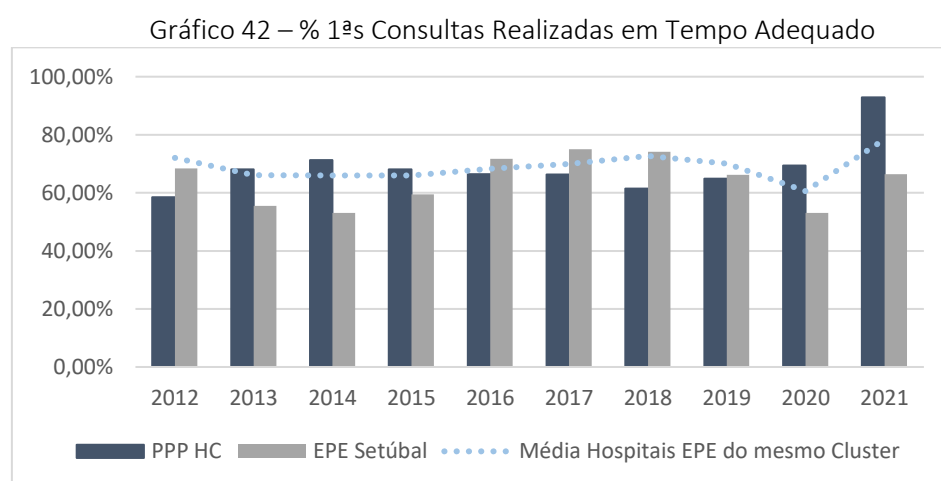
Fonte: Elaboração própria

4.7.3.2. Dimensão acesso

Esta dimensão contempla o apuramento de 2 indicadores relativos a dois hospitais (um hospital PPP e outro EPE) escolhidos na amostra, para o período compreendido entre 2012 a

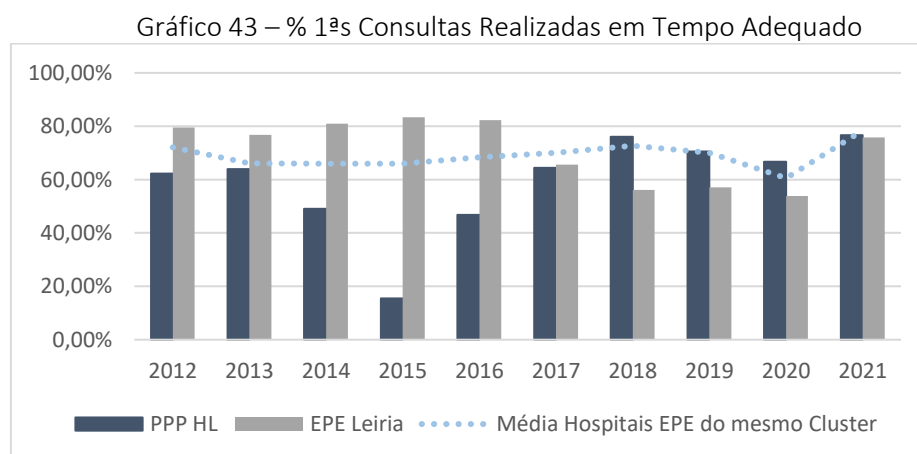
2021. Efetuámos a respetiva comparação, entre os resultados individuais de cada hospital selecionado, com a média dos hospitais EPE do cluster em análise.

Relativamente ao indicador ‘% 1^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado’ e como mostra o Gráfico 42, o Hospital de Cascais obteve uma *performance* em linha com a média dos Hospitais EP, sendo que em 2020 e 2021 apresentou uma *performance* acima da média. Comparando com os resultados do Hospital de Setúbal, nota-se que o hospital EPE tem um desempenho superior entre 2016 e 2019.



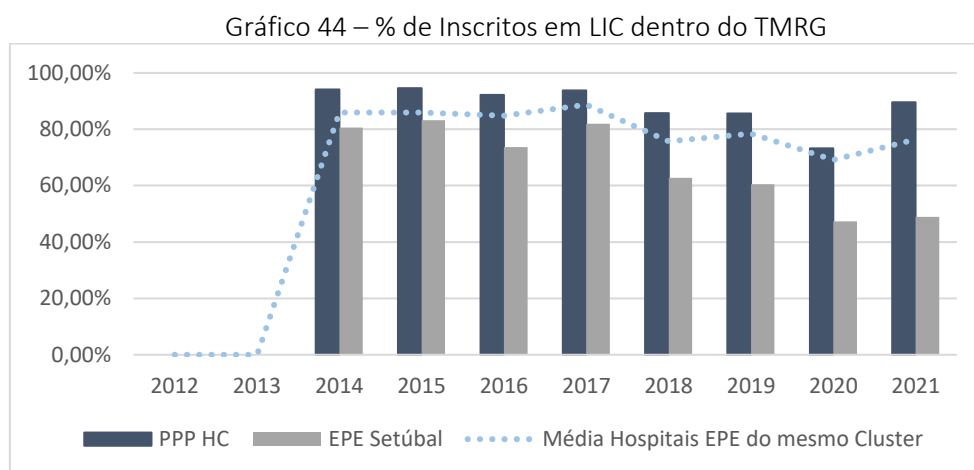
Fonte: Elaboração própria

Ainda para o mesmo indicador, e como mostra o Gráfico 43, o Hospital de Loures obteve resultados abaixo da média dos Hospitais EPE entre 2012 e 2017, apenas recuperando para valores em linha com a média para o período compreendido entre 2018 e 2021. Comparando com os resultados do Hospital de Leiria, nota-se que o hospital EPE teve uma *performance* superior entre 2012 e 2016, baixando substancialmente a sua *performance* entre 2017 e 2021.



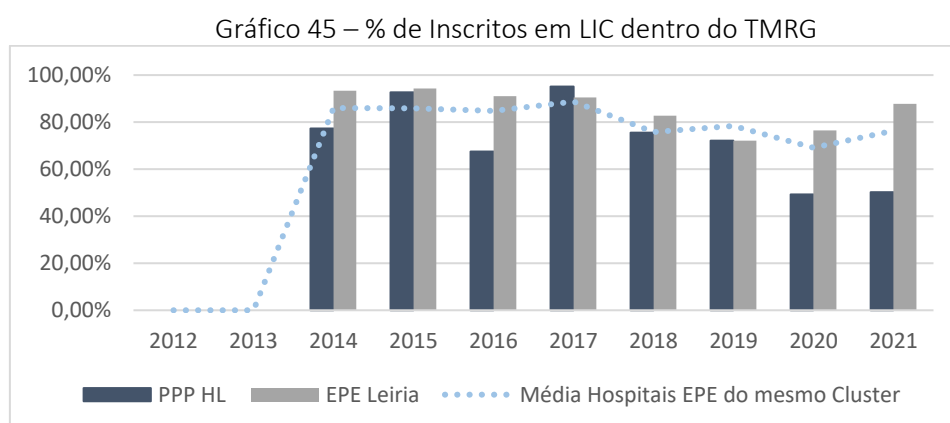
Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao indicador ‘% de Inscritos em LIC dentro do TMRG’ e como mostra o Gráfico 44, o Hospital de Cascais obteve sistematicamente uma *performance* acima da média dos Hospitais EPE para a totalidade do período analisado. Comparando com os resultados do Hospital de Setúbal, nota-se que o hospital EPE tem um desempenho muito inferior durante todo o período analisado. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo PPP face ao modelo EPE, para o indicador em apreço.



Fonte: Elaboração própria

Ainda para o mesmo indicador, e como mostra o Gráfico 45, o Hospital de Loures apresentou uma *performance* abaixo da média dos Hospitais EPE para os anos 2016, 2021 e 2021. Comparando com o Hospital de Leiria, percebemos que a *performance* deste hospital foi ligeiramente superior, em 2016, 2020 e 2021, face ao hospital PPP. Estes resultados traduzem-se numa *performance* superior do modelo EPE face ao modelo PP, para o indicador em apreço.



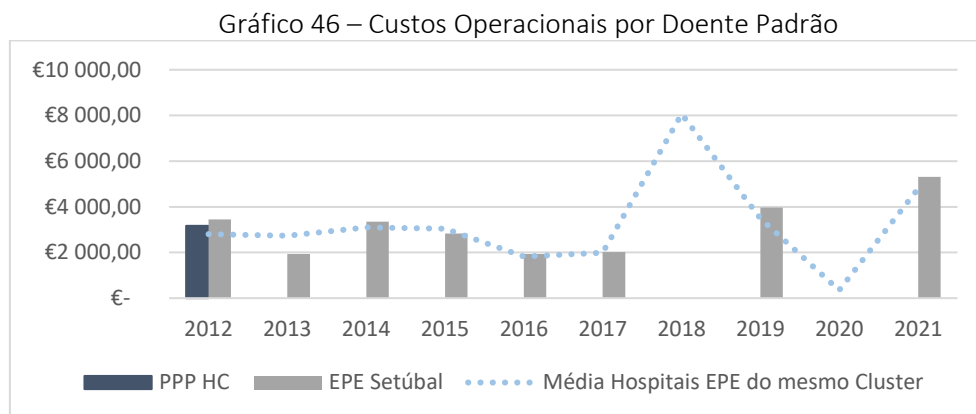
Fonte: Elaboração própria

4.7.3.3. Dimensão desempenho economico-financeiro

Esta dimensão contempla 1 indicador que foi medido, para os dois hospitais escolhidos da amostra, em função dos seus resultados desde 2012 a 2021, tendo sido feita a respetiva compactação entre eles e com a média dos hospitais EPE do *cluster* em análise.

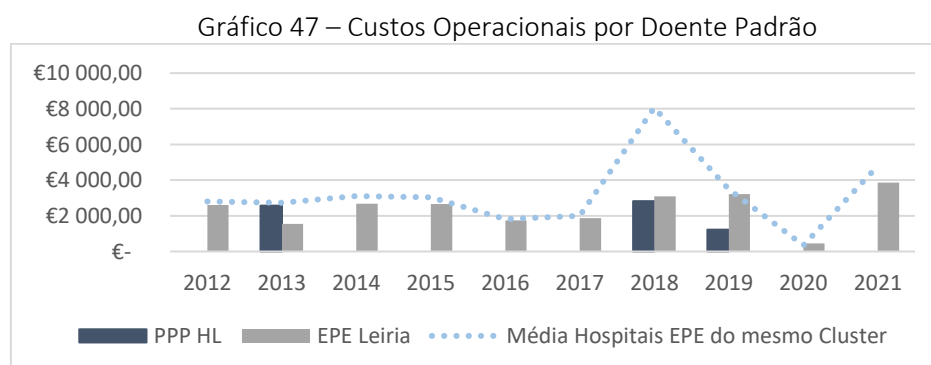
Relativamente ao indicador '*Custos Operacionais por Doente Padrão*' e como mostra o Gráfico 46, o Hospital de Cascais apenas apresenta resultados para o ano de 2012, impossibilitando a retirada de conclusões ou comparação com os resultados do hospital de Setúbal.

A ausência de valores para este indicador já foi identificada como uma lacuna do parceiro público no que diz respeito ao controlo monitorização contratual, que abordaremos na secção 4.8, quando a IGAS (2018) conclui que a ACSS não dispõe de informação completa quanto à dimensão economica-financeira para os 2 hospitais (Cascais, Loures).



Fonte: Elaboração própria

Quanto ao hospital de Loures, e tal como mostra o Gráfico 47, apenas apresenta resultados para 3 dos 10 anos analisados, sendo que nos anos de 2018 e 2019 o custo apresentado é inferior ao custo do hospital de Leiria e muito abaixo dos custos médios dos hospitais EPE do mesmo *cluster*.



Fonte: Elaboração própria

4.7.4. Discussão

O modelo PPP permite atrair capacidades técnicas em áreas em que o setor público não é tão forte (Martimort & Pouyet, 2008), sendo que a *performance* obtida por cada Hospital PPP deverá ser analisada em comparação com os resultados obtidos por Hospitais geridos com um modelo puramente público.

Para início de discussão dos resultados apresentados não podemos deixar de referir a conclusão do TC (2021), suportada pelos dados produzidos pela UTAP, que refere a avaliação positiva às 4 PPP hospitalares, concluindo pela existência de *VfM* para o Estado, tendo-se recomendado que o Estado adote modelos PPP, em detrimento de um cenário de internalização, como solução de continuidade para a gestão clínica dos 4 hospitais PPP (TC, 2021).

De realçar ainda que a nível agregado, a avaliação comparada do grupo de 4 hospitais PPP face ao grupo de hospitais EPE, efetuada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), resultou numa posição neutral face à “opção PPP”, não encontrando evidências de maiores ou menores valias relativas entre os dois grupos (TC, 2021). As diferentes conclusões emitidas pela ERS (2016) e pelo TC (2021) têm origem no facto de o TC ter elaborado uma auditoria completa ao modelo PPP, contemplando a vertente financeira (possíveis poupanças para o Estado) e a *performance* clínica, enquanto a ERS apenas efetuou uma comparação dos indicadores de *performance* para um período de 4 anos (2012-2015), não conseguindo aferir uma conclusão global, tal como referido “não se retira uma ilação global a respeito da vantagem ou desvantagem da gestão em regime de PPP” (ERS, 2016, p.64).

Como já concluímos, a exigência de indicadores de desempenho, presente nos contratos de Gestão dos Hospitais PPP, difere dos indicadores de qualidade exigidos e medidos nos Hospitais EPE, o que se traduz num incremento da qualidade para os utentes enquanto utilizadores de estabelecimentos que operam no modelo PPP. Esta ideia é reforçada quando o TC (2021) conclui que “Os utentes dos Hospitais geridos em PPP estão protegidos por padrões de qualidade mais exigentes do que os aplicados na monitorização dos hospitais de gestão pública” (p.7). Adicionalmente, as entidades gestoras dos Hospitais PPP estão obrigadas à implementação de sistemas de gestão da qualidade que incluem vertentes como a acreditação anual dos hospitais por entidades internacionais certificadas.

Não podemos deixar de referir as conclusões de Nunes (2020), que verificou que os hospitais PPP, entre 2011 e 2016, foram mais eficientes que os hospitais EPE. O mesmo autor concluiu também que os hospitais PPP, para o mesmo período, apresentam melhores resultados de produtividade do que os hospitais EPE. Mais recentemente, Ferreira e Marques (2021) também concluíram que, entre 2012 a 2017, os hospitais PPP prestaram serviços de saúde com níveis de desempenho pelo menos tão bons como os hospitais públicos EPE. Estas

conclusões vêm reforçar a ideia, referenciada na literatura, de que as práticas de gestão do parceiro privado conseguem prestar serviços a um mais baixo custo (Wang & Wilkinson, 2016) e de um modo eficiente do ponto de vista económico (Allard & Trabant, 2011; Forrer et al., 2010).

De acordo com Grimsey e Lewis (2004), o modelo PPP oferece uma solução para os problemas do modelo de contratação pública, não sendo ainda possível determinar, de forma conclusiva, se os projetos PPP têm um melhor desempenho quando comparados aos projetos desenvolvidos num modelo exclusivamente público. Ora, os nossos resultados permitem efetivamente comparar o desempenho do modelo PPP com o modelo exclusivamente público (EPE).

A Tabela 77 resume os resultados de todos os indicadores analisados anteriormente, sendo feita uma média da *performance* dos 10 anos de operação, onde podemos aferir um desempenho superior do modelo PPP na maioria dos indicadores analisados. A classificação de cada um dos indicadores segue os parâmetros de avaliação descritos na Tabela 78.

Importa referir que as conclusões da PWC (2013) apenas tiveram em linha de conta a execução dos primeiros 3 anos dos contratos PPP em vigor. A PWC (2013) argumenta que existe espaço de melhoria no que ao parceiro público diz respeito, sendo que a aplicação das lições aprendidas com a execução dos contratos PPP podem ser o primeiro passo nesse sentido.

Assim, o Estado deve procurar internalizar as boas práticas de gestão que são adotadas pelo parceiro privado, procurando partilhá-las com os restantes hospitais da rede pública. O Estado deve tomar ações que minimizem os preconceitos sobre as PPP, promovendo a transparência da informação, tornando público os benefícios efetivos da prestação dos hospitais PPP (caso existam) quando comparados com o universo dos hospitais EPE. Ora, o nosso estudo leva em linha de conta estas recomendações, tornando públicos os possíveis benefícios do modelo PPP aplicado no setor da saúde.

Tabela 77 – Resumo resultados indicadores de desempenho

Dimensão	Indicador	Cluster D		Cluster C		Cluster C		Cluster B	
		PPP Braga	EPE Évora	PPP Cascais	EPE Setúbal	PPP Loures	EPE Leiria	PPP VFX	EPE Figueira
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	84,56%	75,66%	86,84%	80,80%	83,23%	83,67%	83,42%	78,27%
	% de Reinternamentos em 30 Dias (anos civis diferentes)	6,80%	5,75%	5,88%	8,26%	7,58%	8,02%	7,54%	9,18%
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	3,15%	3,00%	2,12%	3,36%	3,47%	2,10%	2,58%	2,85%
	% de Partos por Cesariana	29,08%	34,44%	27,68%	30,19%	22,12%	28,92%	29,16%	n.a
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas	41,37%	19,74%	82,07%	61,55%	39,80%	36,79%	48,39%	49,90%
	% de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo	27,44%	32,27%	26,29%	29,45%	20,31%	30,54%	29,10%	n.a
	% de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo	74,44%	72,94%	72,57%	73,11%	65,75%	76,44%	73,68%	n.a
	% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo	9,95%	5,77%	8,95%	1,29%	4,08%	6,29%	9,26%	n.a
Desempenho Económico-Financeiro	Custos Operacionais por Doente Padrão	1 682,71 €	2 459,46 €	n.a	2 585,38 €	2 200,00 €	2 429,06 €	1 845,51 €	2 776,18 €
Acesso	% 1 ^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado	64,13%	65,40%	65,63%	65,44%	56,05%	72,73%	73,85%	89,23%
	% de Inscritos em LIC (Lista de Inscritos em Cirurgia) dentro do TMRG	72,36%	75,80%	90,99%	73,81%	80,03%	87,35%	78,72%	97,02%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 78 – Classificação dos Indicadores

Dimensão	Indicador	Classificação
Desempenho Assistencial	% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	Melhor Desempenho = Maior valor de percentagem de Cirurgias Realizadas em Ambulatório (GDH) para procedimentos ambulatorizáveis, de cada Grupo Hospitalar.
	% de Reinternamentos em 30 Dias (anos civis diferentes)	Melhor Desempenho = Menor percentagem de Reinternamentos em 30 Dias, de cada Grupo Hospitalar.
	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	Melhor Desempenho = Menor percentagem de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias, de cada Grupo Hospitalar.
	% de Partos por Cesariana	Melhor Desempenho = Menor percentagem de Partos por Cesariana, de cada Grupo Hospitalar.
	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas	Melhor Desempenho = Maior percentagem de Fraturas da Anca com Cirurgia Efetuada nas primeiras 48 Horas, de cada Grupo Hospitalar.
	% de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo	Melhor Desempenho = Menor percentagem de partos por cesariana em gestações unifetais, cefálicas, a termo, de cada Grupo Hospitalar.
	% de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo	Melhor Desempenho = Menor percentagem de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo, de cada Grupo Hospitalar.
	% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo	Melhor Desempenho = Maior percentagem de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo, de cada Grupo Hospitalar.
Desempenho Económico-Financeiro	Custos Operacionais por Doente Padrão	Melhor Desempenho = Menor valor de Custos Operacionais por Doente Padrão, de cada Grupo Hospitalar
Acesso	% 1 ^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado	Melhor Desempenho = Maior percentagem de consultas realizadas em tempo adequado, de cada Grupo Hospitalar.
	% de Inscritos em LIC (Lista de Inscritos em Cirurgia) dentro do TMRG	Melhor Desempenho = Maior percentagem de Inscritos em LIC com tempo de espera inferior ao TMRG, de cada Grupo Hospitalar.

Fonte: ACSS

As conclusões da ERS (2016) referem que os hospitais PPP foram globalmente eficientes, com especial destaque para os hospitais de Cascais e Braga. No entanto, a ERS (2016) não

identificou diferenças estatísticas significativas entre os resultados do grupo de hospitais PPP e grupo dos hospitais geridos em regime puramente público (Hospitais EPE). Ora os nossos resultados, sendo mais abrangentes no período analisado, mostram um desempenho ligeiramente superior dos hospitais PPP face aos hospitais EPE. Assim, o hospital PPP de Braga (até 2019) revelou uma melhor *performance* em 7 dos indicadores analisados, sendo que apenas 4 indicadores são favoráveis ao desempenho do hospital EPE de Évora. O hospital PPP de Cascais revelou uma melhor *performance* em 10 dos indicadores analisados, sendo que em nenhum dos indicadores são favoráveis ao desempenho do hospital EPE de Setúbal. O hospital PPP de Loures revelou uma melhor *performance* em 6 dos indicadores analisados, sendo que apenas 5 indicadores são favoráveis ao desempenho do hospital EPE de Leiria. O hospital PPP de VFX revelou uma melhor *performance* em 4 dos indicadores analisados, sendo que apenas 3 indicadores são favoráveis ao desempenho do hospital EPE da Figueira.

Assim, os nossos resultados estão em linha com as conclusões do TC (2021), que mostram que os hospitais PPP foram genericamente mais eficientes do que a média dos hospitais EPE comparáveis, e estiveram alinhados com o desempenho médio do seu *cluster*.

Não obstante estas conclusões, é crucial levarmos em linha de conta que os hospitais PPP estão sujeitos a uma negociação anual com a EPC relativa à produção do Hospital, independentemente da capacidade instalada (TC, 2014), sendo que este facto influencia negativamente o desempenho dos indicadores analisados.

Respondendo à nossa questão de investigação, podemos concluir que de facto, e de uma forma geral, os hospitais PPP registam uma *performance* superior, não obstante as limitações impostas pela negociação anual com a EPC.

4.8. Questão de Investigação 7

A nossa sétima questão de investigação foi definida como:

Q7 - “O desempenho, das PPP no setor da Saúde, é adequado, em função do acordado contratualmente com o Estado?”

Esta questão tem como objetivo avaliar as obrigações contratuais estipuladas para cada PPP, aferir a sua completude com o desempenho e produção verificados, e avaliar a efetiva gestão contratual efetuada pelo Parceiro Público.

Em 2013, a Comissão Europeia levou a cabo uma análise económica no sentido de avaliar as PPP na saúde e respetiva prestação de cuidados em toda a UE. Em primeiro lugar, a UE indica que alguns Estados-Membros introduziram nova legislação para reger os contratos PPP, incluindo a definição de critérios de seleção de projetos, a quantificação e aplicação de um

comparador do setor público (CSP) e regras para o estabelecimento de hospitais PPP. De destacar que em Portugal foram introduzidas as seguintes alterações legislativas:

1. Decreto-Lei 185/2002, que definiu os princípios e instrumentos para parcerias em cuidados de saúde.
2. Decreto-Lei 86/2003, regulamentando as PPP de compras em geral, com a exigência de um Comparador do Setor Público (mais tarde substituído pelo Decreto-Lei 141/2006 e Decreto-lei 111/2012).

De muitos casos de estudo selecionados em Países da UE, o documento contempla o estudo das PPP relativas ao Hospital de Cascais e Loures. Uma das conclusões da UE (2013) é que não existe uma metodologia convincente para avaliar a nível nacional ou europeu os impactos clínicos de modelo PPP, pois os contratos seriam demasiado recentes, existiriam demasiados intervenientes, os programas seriam em geral reduzidos, e existiria uma recolha de dados estatísticos não comparáveis.

Ainda mais relevante é a conclusão de que os projetos PPP (especialmente aqueles com integração de serviços clínicos) estariam condenados ao insucesso na maioria dos países, a menos que houvesse um ambiente político mais consensual e estável.

A Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) emitiu em 2018 um parecer que teve por base a realização de ações inspetivas a entidades públicas com responsabilidades no controlo, monitorização e avaliação dos contratos. Assim, a IGAS avaliou o desempenho da ARSLVT, enquanto EPC, responsável pelos contratos PPP de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira que integram o SNS por via da execução dos respetivos contratos de gestão.

Segundo a IGAS (2018), a EPC gastou, desde dezembro de 2009 a dezembro de 2016, pelo menos 2M€ com a equipa de gestão, controlo e monitorização dos contratos, sendo que a EPC não dispõe de informação completa sobre todos os custos suportados com esta equipa. Não obstante o custo referido, mais problemática é a conclusão da IGAS (2018) relativa à clara insuficiência de recursos (gestores contratuais) da EPC face às atividades que esta tem sob sua responsabilidade.

Não obstante a insuficiência de recursos próprios, a EPC recorreu à contratação de consultores externos para garantir o cumprimento das tarefas sob sua responsabilidade, gastando 2,8M€ para o período entre 2011 e 2016, sendo que mais uma vez a IGAS (2018) refere que a EPC não dispõe de informação rigorosa sobre estes encargos.

No que diz respeito a avaliações, o parecer indica que não existem evidências relativas à realização de avaliações *ex ante*, por parte da EPC, à contratação sucessiva das entidades privadas, nem tão pouco a EPC desenvolve os procedimentos relativos à aquisição de serviços de forma atempada (IGAS, 2018). Assim, não é de estranhar que a IGAS (2018) tenha concluído que a EPC não realizou ações de controlo aos sistemas de informação das entidades privadas,

sendo que os sistemas de monitorização não reúnem todos os requisitos contratualmente previstos.

Adicionalmente, quanto ao cumprimento de todos os requisitos contratuais, a IGAS (2018) concluiu que as funções de Provedoria do Utente encontravam-se comprometidas, a comissão conjunta, prevista contratualmente nos 3 contratos de gestão, não foi constituída e há ausência de sanções contratuais por parte de EPC relativas ao não cumprimento de prazos de comunicações.

Mais uma vez, o parecer remete para a não realização de inquéritos de satisfação aos utentes, inviabilizando as avaliações da EPC às PPP hospitalares. Além da ausência de inquéritos de satisfação, a avaliação e monitorização dos contratos de gestão torna-se inexecutável por via da não existência de informação comparável relativa aos parâmetros de desempenho dos hospitais que pertencem ao mesmo *cluster* hierárquico, ou seja, os indicadores exigidos nos contratos de gestão às PPP não têm repercussão nos hospitais de gestão totalmente pública.

A agravar ainda mais a diferença de avaliação que é feita entre hospitais PPP e EPE, a IGAS (2018) concluiu que a ACSS não dispõe de informação completa quanto à dimensão económica-financeira para os 3 hospitais (Cascais, Loures e VFX) e quanto à dimensão produtividade para os hospitais de Cascais e Loures.

Adicionalmente, identificámos em diversas auditorias relacionadas com os hospitais PPP, levadas a cabo pelo TC (2015, 2016, 2019), recomendações ao Ministério da Saúde no sentido de garantir a extensão, a todos os hospitais do SNS, a obrigatoriedade de monitorização dos indicadores de desempenho e de resultado previstos nos Contratos de Gestão das PPP. Verificámos também que as mesmas auditorias recomendam a realização e publicitação de inquéritos de satisfação dos utentes de todas as unidades hospitalares do SNS, por forma a permitir o *benchmarking* entre os hospitais geridos em PPP e os restantes hospitais do SNS. Há ainda recomendações ao conselho diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, para que assegure que a equipa afeta à monitorização e controlo da execução dos Contratos de Gestão reúna e desenvolva as competências adequadas, que permitam minimizar o recurso permanente e sistemático à contratação de consultores externos. Finalmente, verificámos que as auditorias recomendam à EPC, que fossem levadas a cabo ações no sentido de permitir que a equipa afeta à monitorização e controlo desenvolvesse as competências adequadas, incorporando o *know-how* necessário que dispensasse o recurso permanente e sistemático à contratação de consultores externos, os quais deveriam ser um recurso pontual e orientado para a satisfação de necessidades técnicas específicas.

De um modo geral, estamos perante uma clara lacuna no que às atividades de gestão contratual dizem respeito, por parte do parceiro público, sendo que esta ideia é suportada pelas últimas conclusões do parecer do IGAS (2018) quando refere:

A EPC, através dos seus gestores, não tem um entendimento comum e critérios uniformes na análise e decisão de situações idênticas. Falta articulação e partilha de informação entre a EPC e a ACSS sobre assuntos essenciais ao controlo e monitorização dos contratos de gestão (IGAS, 2018, p.7).

Tendo em conta que os dados apresentados não individualizam os hospitais PPP, torna-se crucial analisarmos cada um dos projetos PPP de forma isolada, assim como temos de analisar outros pareceres emitidos por entidades públicas relativos à execução contratual.

4.8.1. Hospital de Vila Franca de Xira

A UTAP (2016) indicou que no ano de 2015 se assistiu a uma tendência de crescimento generalizado da produção do Hospital de Vila Franca de Xira, sendo que em 2016 a UTAP (2017) registou novamente um incremento do nível de produção, destacando o crescimento registado nas urgências e o aumento verificado ao nível do número de sessões de hospital de dia, de cerca de 9% cada, e salientando o caso particular das consultas, em que o nível de procura permaneceu praticamente idêntico ao verificado no ano de 2015.

Finalmente, em 2018, a UTAP refere que o nível de atividade registado apresentou um aumento generalizado face ao período homólogo transato, destacando o crescimento registado ao nível do número de doentes equivalentes na linha de internamento e ambulatório, do número de sessões de hospital de dia e de consultas externas.

De notar ainda que o TC (2019) concluiu que o Hospital apresentou em 2017 indicadores de eficiência operacional acima da média, traduzindo uma elevada utilização da capacidade instalada de internamento e cirurgia.

Se até aqui as conclusões do TC foram sempre obtidas tendo em conta uma comparação direta com outros Hospitais pertencentes ao mesmo *cluster*, quando são abordados os padrões de qualidade que visam proteger os utentes, percebemos que esses são mais exigentes do que os aplicados na monitorização dos Hospitais de gestão pública. Nesse sentido, as conclusões de Almeida (2020) relativamente às diferenças quanto às exigências de desempenho face a Hospitais geridos em regime PPP em comparação aos geridos em regime público, são corroboradas pelo TC (2019) quando este refere que “o Contrato de gestão prevê vários mecanismos de controlo da qualidade dos serviços prestados pelo Hospital de Vila Franca de Xira, cuja implementação não é exigida aos hospitais de gestão pública do SNS” (p.15).

Ora, se os Hospitais PPP estão inseridos na rede de cuidados de saúde do SNS, não existindo diferenças quanto ao acesso e direitos dos utentes, o que justifica a ausência da aplicação dos mesmos padrões de qualidade aos Hospitais de gestão pública? A resposta a esta pergunta continua por responder, sendo certo que podemos enquadrar esta dissonância como sendo uma falha nas competências do Estado, na vertente da gestão contratual das unidades hospitalares. O TC (2019) é claro ao indicar que “permanece por assegurar a comparabilidade do desempenho da gestão privada do estabelecimento hospitalar com o da gestão pública de unidades do SNS”, sendo que esta falta de comparabilidade “prejudica a disseminação de boas práticas entre ambos os modelos de gestão” (p.17).

Não obstante a ausência de comparativo entre os Hospitais geridos em PPP e os geridos num modelo público, o TC refere que o Estado avaliou de forma positiva o desempenho global da entidade gestora do estabelecimento.

Relativamente à monitorização e acompanhamento do contrato de gestão, por parte da ARSLVT, estas atividades são realizadas com recursos próprios e através de *outsourcing*, sendo que a figura de ‘gestor de contrato’ é o único recurso afeto em exclusividade a estas tarefas, sendo apoiado por uma equipa de colaboradores que é comum às restantes PPP acompanhadas pela ARSLVT. De notar que o TC indica que a ARSLVT gastou, entre 2011 e 2018, um total de 1,2M€ com serviços de *outsourcing* para o acompanhamento do contrato de gestão do Hospital.

No que diz respeito à interpretação do contrato e conflitos entre as partes o TC (2019) concluiu que “a relação com o parceiro privado tem decorrido sem conflitos que ameacem a normal execução do contrato, mas existem divergências sobre a interpretação do contrato que poderão gerar litígios futuros, com impactos financeiros” (p.22).

Finalmente, o TC (2019) concluiu que a sustentabilidade do parceiro privado, relativamente ao estabelecimento hospitalar, é positiva, referindo que “o desempenho da sociedade gestora do estabelecimento hospitalar tem seguido uma trajetória de sustentabilidade, não se vislumbrando, até ao momento, riscos de descontinuidade do serviço público” (p.23). De igual forma, relativamente ao edifício hospitalar, a execução do contrato decorre com avaliações positivas por parte do Estado, sem a ocorrência de litígios que prejudiquem o desempenho da parceria.

No que diz respeito a recomendações, o TC recomenda à Ministra da Saúde que, tendo por base o VfM da PPP do Hospital de Vila Franca de Xira, qualquer decisão relativa a uma possível renovação ou reversão do modelo, se baseie em evidências que demonstrem a relação custo-benefício dessa mesma decisão.

O TC recomenda também que se estenda a todos os hospitais do SNS, a obrigatoriedade de monitorização dos indicadores de desempenho e de resultado previstos nos Contratos de Gestão das PPP.

Finalmente, o TC recomenda a realização de inquéritos de satisfação aos utentes de todas as unidades hospitalares do SNS que permitam a comparação dos resultados entre os hospitais de gestão pública e os geridos em regime PPP. De notar que esta última recomendação já foi feita em 2015 e 2016 pelo TC (Relatórios n.º 19/2015 e n.º 24/2016 - 2.ª Secção).

O TC também faz recomendações ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Em primeiro lugar, o TC recomenda que seja feito o levantamento quantificado das necessidades de serviços de saúde da população servida pelo HVFX, por forma a subordinar a contratação anual da produção às necessidades demonstradas. Em segundo lugar, o TC recomenda que sejam tomadas ações que levem ao cumprimento dos prazos contratualmente previstos para a conclusão dos processos críticos relativos ao acompanhamento e monitorização da execução do contrato de gestão. Por último, o TC recomenda que sejam acautelados possíveis conflitos com a entidade privada de gestão do estabelecimento, que possam ocorrer pela possível não renovação do contrato de gestão.

No que diz respeito a recomendações ao parceiro privado, o TC recomenda à Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. – que apresente à EPC planos que visem a melhoria dos indicadores relativos ao acesso a cirurgias e consultas, por forma a igualar os níveis do melhor hospital de gestão pública. Recomenda ainda que o parceiro privado proponha mecanismos que minimizem a litigância aquando da negociação da produção a contratar e acertos de contas anuais.

4.8.2. Hospital de Loures

A UTAP (2016) indica que no ano de 2015 se assistiu a um aumento da produção em todas as linhas de atividade do Hospital de Loures, tendo sido esse aumento mais expressivo ao nível das consultas externas (7%) – especialmente notório no caso das primeiras consultas – e das sessões de hospital de dia (29%).

Em 2016, a UTAP (2017) indicou que o ano em apreço se caracterizou, por um lado, pelo aumento da produção ao nível do número de sessões de hospital de dia, de cerca de 7%, e do nível de procura verificado nas urgências, de aproximadamente 4%, e, por outro lado, pela redução da atividade de internamento e ambatório, de cerca de 2%, assim como pela diminuição do nível de procura verificado no caso das consultas, em torno de 3%. Finalmente, em 2018, a UTAP (2018) referiu um aumento verificado ao nível do número de doentes equivalentes na linha de internamento e ambatório, e, por outro lado, o decréscimo verificado no número de sessões de hospital de dia e de atendimentos em urgência.

Em 2015, o TC levou a cabo uma auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital Beatriz Ângelo – Loures, entre 2010 e 2013, com o objetivo de avaliar a sustentabilidade da

parceria, o desempenho do estabelecimento hospitalar, e a atuação da EPC na vertente da contratualização anual de produção, monitorização da produção e pagamentos.

A primeira nota de destaque vai para a referência do TC (2015) à ausência de condicionantes à normal execução da auditoria, realçando a colaboração e disponibilidade, tanto do parceiro privado como da EPC.

No que à relação entre as partes diz respeito, o TC (2015) concluiu não existir um nível de conflitualidade entre os parceiros que ameace a execução normal do contrato, o que está em linha com a literatura quanto às questões mais prementes, relacionadas com a gestão do modelo, sendo essas, entre outras, a cooperação, a confiança, e a comunicação (Xiong et al., 2019).

Para além de todas as conclusões apresentadas anteriormente, a auditoria contempla, entre outras, uma recomendação ao Ministério da Saúde no sentido de promover um estudo da revisão do modelo de acompanhamento e controlo da execução do contrato de gestão (TC, 2015).

Ao parceiro privado, o TC (2015) recomendou que fossem desenvolvidos esforços para aproximar os níveis de *performance* do Hospital aos verificados nas melhores unidades hospitalares do SNS, em matérias de economia, eficiência e eficácia e que promovesse a melhoria do acesso dos utentes do hospital à urgência hospitalar, reduzindo os tempos máximos de espera associados à situação clínica dos doentes.

O TC (2015) considera que, face aos múltiplos contratos PPP nos quais a ARSLVT assume o papel de EPC, bem como as respetivas durações, seria relevante assegurar que a equipa afeta à monitorização e controlo da execução do Contrato de Gestão, reunisse e desenvolvesse as competências adequadas, de modo a incorporar o *know-how* necessário, assim dispensando o recurso permanente e sistemático à contratação de consultores externos, os quais deveriam ser antes um recurso pontual e orientado para a satisfação de necessidades técnicas específicas.

4.8.3. Hospital de Braga

Em particular, e contrariamente ao verificado nas outras 3 PPP, o Contrato com o Hospital de Braga previa na cláusula 131^a a atualização dos modelos financeiros, tanto da Sociedade Gestora do Estabelecimento como do Edifício, e o envio, até 15 de julho de cada ano, dessa informação para a EPC.

O TC (2016) verificou que foram feitas anualmente as atualizações ao modelo financeiro, sendo ajustadas as quantidades a produzir com base na produção acordada em cada ano com a EPC e efetuadas novas estimativas até ao final da concessão. Esta atualização dota a EPC de um meio importante para avaliar a sustentabilidade financeira das sociedades gestoras. A importância da realização deste acompanhamento motivou as recomendações do TC

constantes dos relatórios de auditoria já publicados sobre a execução de contratos de PPP na área da Saúde.

A UTAP (2016) indicou que no ano de 2015 o aumento da produção foi visível em praticamente todas as linhas de atividade no Hospital de Braga, destacando-se, particularmente, as unidades de internamento e consultas externas, onde se verificou um crescimento de cerca de 3% em termos de número de doentes equivalentes. No caso particular das consultas externas, o aumento decorreu, em parte, do esforço de atribuição de um médico de família a todos os utentes da área de influência do hospital, o que permitiu uma maior identificação de necessidades de saúde efetivas que não estavam despistadas, e, consequentemente, um aumento do número de consultas externas por referenciação.

A UTAP (2016) destaca ainda, em sentido oposto, o decréscimo de 20% registado ao nível do número de sessões de hospital de dia, justificado pela introdução, por parte da entidade pública contratante, e depois de consultado um conjunto de peritos médicos de diferentes especialidades, de uma nova lista de procedimentos geradores de sessões de hospital de dia que, sendo tecnicamente mais rigorosa, acabou por ter impacto no número de atos elegíveis.

Em 2016, a UTAP (2017) realçou que o aumento da produção foi visível em praticamente todas as linhas de atividade, destacando-se, particularmente, o acréscimo de 25% registado ao nível do número de sessões de hospital de dia, essencialmente justificado pelo aumento do número de sessões relativas a hemodiálise, em que o hospital tinha vindo a consolidar a sua atividade desde 2014, pelo aumento do número de sessões respeitantes a oncologia, por via do crescimento desta patologia no contexto da atividade assistencial do hospital e por um aumento da procura dos outros tipos de sessões de hospital de dia. Em 2018, registou-se um aumento generalizado da atividade em todas as linhas de produção, face ao período homólogo anterior, destacando-se, particularmente, o acréscimo verificado ao nível do número de doentes equivalentes na linha de internamento e ambulatório, e ao nível dos atendimentos em urgência (UTAP, 2019).

Ainda relativamente à execução do contrato de gestão, o TC (2016) concluiu que ARS Norte e a Entidade Gestora do Estabelecimento acordaram valores de produção anual que pressupunham uma insuficiência da atividade contratada para responder às necessidades conhecidas de cuidados de saúde da população da área de influência do Hospital, tendo-se verificado o aumento das listas de espera e dos tempos de espera para consultas e cirurgias, e a realização pelo Hospital de Braga de atividade pela qual não era remunerado, quando esta superou o nível de serviço contratado. Esta conclusão fica ainda mais patente quando é referido que:

As partes não têm atendido às necessidades de cuidados de saúde da população, na medida em que têm concordado em contratualizar uma produção que ambas sabem ser insuficiente para corresponder a essas necessidades (p.10).

Particularmente, no que concerne a consultas externas, verificou-se que entre 2009 e 2015, houve um aumento de 99% na oferta de consultas e de 115% no acesso às 1ª consultas médicas. No entanto, desde 2013 a produção contratada, acordada entre as partes, afastou-se da produção efetiva do ano anterior para o período entre 2010 a 2015. Assim, o TC (2016) concluiu que em consequência das restrições impostas à produção no Hospital de Braga, por acordo entre as partes, a mediana do tempo de espera dos utentes a aguardar a realização de consultas externas aumentou no Hospital de Braga no referido período.

No que ao internamento e ambulatório diz respeito, o TC (2016) concluiu que esta linha de produção também representou um substancial aumento do volume de cuidados de saúde prestados à população, sendo que esta linha de produção foi a que apresentou uma execução mais desviada das previsões iniciais da parceria. No entanto, em consequência das restrições impostas à produção no Hospital de Braga, a mediana do tempo de espera dos utentes a aguardar cirurgia aumentou situando-se, desde 2013, acima do verificado noutras unidades de gestão pública.

Finalmente, relativamente à produção do serviço de urgência, o TC (2016) relatou que número de atendimentos na urgência contratados foi, desde 2012, inferior às estimativas do caso base: - 8% em 2012, - 9% nos dois anos seguintes e - 10% em 2015.

O TC (2016) auditou também a monitorização e execução do Contrato de Gestão, concluindo que esta atividade era exercida por uma equipa residente na ARSN composta por 3 elementos: o gestor do contrato, um funcionário técnico e um funcionário de apoio administrativo, sendo que a EPC recorreu ao *outsourcing* de serviços de consultoria nas áreas económico-financeira, jurídica e de sistemas de informação. Desde 2009 até setembro de 2016 o encargo com estes serviços foi de cerca de 1,3M€.

De forma global, é referido que a ARSN tinha em vigor um procedimento que garantia um acompanhamento sistemático e efetivo da atividade do hospital. Importa ainda referir que o processo de codificação da atividade clínica de internamento e ambulatório, médico e cirúrgico, em Grupos de Diagnóstico Homogéneos, do qual depende o processo de faturação, não era auditado de forma abrangente pela ACSS que, em 2015, contava com apenas 2 funcionários afetos, um dos quais a tempo parcial, para o controlo da atividade em todo o SNS, sendo que apenas uma parte reduzida das unidades hospitalares do SNS são objeto de auditorias.

A nível de diferendos entre as partes, desde o início a execução do contrato, a mesma tem vindo a diminuir, através da conciliação, entre as partes, da interpretação dos critérios

contratuais a aplicar aquando da validação da produção, mas os processos de reconciliação ocorreram com atrasos.

Finalmente, de uma forma geral, o TC (2016) refere que a avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento foi positiva, até 2015, com classificações de bom e muito bom desde 2012. No entanto foram aplicadas multas por incumprimentos contratuais nos anos de 2010 e 2011, que totalizaram 2,3M€. Apesar da avaliação de desempenho referida, a avaliação dos parâmetros de desempenho e de resultados não foi feita através do *benchmarking* com unidades do SNS, prejudicando ou limitando a comparação entre diferentes modelos de gestão, sendo que o Grupo de Referência, que deveria servir para esse efeito, apenas foi definido em 2015 (TC, 2016).

Em resultado da auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, o TC (2016) produziu um conjunto de recomendações, entre elas a recomendação ao Ministério da Saúde para Instruir a ARS Norte para ajustar a produção anual contratada ao Hospital de Braga às necessidades de serviços de saúde da população por forma a garantir a satisfação dos interesses dos utentes.

Mais relevante ainda é a recomendação do TC (2016) ao Ministério da Saúde no sentido de garantir que fosse realizado um estudo de análise Custo-Benefício que viesse a suportar uma futura decisão de renovação ou lançamento de novo concurso PPP para o contrato de gestão do estabelecimento vs a reversão do modelo PPP para a gestão direta do Estado.

Ao Conselho Diretivo da ACSS, o TC (2016) recomendou que fosse considerado no financiamento dos hospitais geridos em PPP as necessidades de serviços de saúde da população e a procura verificada na execução dos respetivos contratos em conformidade com a satisfação das necessidades em quantidade e qualidade e garantia de continuidade da prestação do serviço conforme os contratos.

Finalmente, ao Conselho Diretivo da ARS Norte, o TC (2016) recomendou que se procedesse ao levantamento, justificado com base em evidência, das necessidades de serviços de saúde da população, de modo subordinar a contratação anual da produção às necessidades demonstradas. Recomendou ainda pelo cumprimento dos prazos contratualmente definidos para a contratualização da produção prevista e pela obtenção dos indicadores das unidades hospitalares do Grupo de Referência, de modo que fossem utilizados na aplicação das cláusulas contratuais que dependem ou beneficiam da definição do referido grupo.

O TC (2016) também produziu um conjunto de recomendações ao parceiro privado, nomeadamente que este garantisse que a proposta de produção prevista permitisse responder às necessidades de cuidados de saúde da população, decorrentes de um levantamento objetivo das necessidades, devidamente suportado em evidência resultante, entre outra, das listas de espera para consulta e cirurgia. Recomendou também que a Entidade Gestora do Estabelecimento tomasse medidas que visassem a melhoria dos indicadores de

acesso à consulta e à cirurgia por forma a, pelo menos, igualar os níveis da melhor unidade hospitalar de gestão pública e, de forma geral, que diligenciasse pela melhoria dos indicadores de eficácia, eficiência e de acesso, nos quais o Hospital de Braga não comparasse positivamente com a melhor unidade hospitalar de gestão pública.

4.8.4. Hospital de Cascais

Em 2014 o TC levou a cabo uma auditoria de resultados à execução do contrato de gestão do Hospital de Cascais, integrado no SNS, para o período de 2008 a 2012, examinando o desempenho das Entidades Gestoras do estabelecimento e do edifício hospitalar e da EPC.

A PPP relativa ao Hospital de Cascais previa que a Entidade Gestora do Estabelecimento, nos 10 anos de exploração, obtivesse *cash flows* que permitiriam alcançar uma TIR acionista de 9,74%; no entanto e de acordo com o TC (2014), as rendibilidades alcançadas no período 2008 a 2012 foram fortemente negativas e consequentemente muito inferiores ao projetado no caso base, ficando muito aquém do que se esperava.

Não podemos deixar de referir que no caso base a componente da gestão clínica previa um *payback* do projeto de 9 anos e para os acionistas de 10 anos, o que perspectivava desde logo um retorno tardio do investimento considerando que o Contrato de Gestão foi celebrado por um período de 10 anos.

Relativamente à execução do contrato de gestão na vertente hospitalar, no quadriénio 2009 a 2012, a contratação da produção ao Hospital de Cascais pela EPC, foi globalmente superior à estimada no caso base (TC, 2014). No entanto a auditoria refere que entre 2011 e 2012 se verificou uma determinação unilateral da produção, por parte do parceiro público ao parceiro privado, originando uma redução da produção contratada, em algumas linhas de produção, que se veio a refletir sobretudo no ano de 2012.

Assim, em 2012, para além de algumas linhas assistenciais terem ficado aquém do estimado no caso base, verificou-se também uma redução, face ao ano anterior, das quantidades contratadas, em linhas de produção como a urgência, -5%, internamento, -10% e sessões de hospital de dia, -28%. Estas reduções de produção contratadas estão previstas contratualmente, no entanto e tal como referido no n.º 5 da cláusula 37ª do Contrato de Gestão “ ... a determinação dos níveis de atividade a assegurar pelo Hospital de Cascais, em cada ano, tem em consideração: (...) b) a utilização hospitalar verificada nos últimos cinco anos pela População da Área de Influência do Hospital de Cascais em cada uma das áreas de atividade hospitalar consideradas (...); c) (...); d) os resultados da atividade desenvolvida no ano imediatamente anterior, designadamente quando daquela hajam resultado listas de espera; e) a capacidade efetiva do Estabelecimento Hospitalar, bem como as suas evoluções histórica e programada.”

Ora, relativamente a este tema, o TC (2014) refere que a EPC executou a fixação unilateral da produção, em geral e em especial no ano de 2012, no sentido de respeitar o princípio da comportabilidade orçamental no momento em que foi determinada. Esta diminuição de contratação, por parte da EPC, poderá ter tido um efeito negativo na prestação de cuidados de saúde à população, tal como referido pelo TC (2014):

A diminuição da produção imposta à Entidade Gestora do Estabelecimento/HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., pode ter-se refletido no acesso dos utentes à prestação dos cuidados de saúde. Efetivamente, o número de doentes em espera para a primeira consulta aumentou 8% entre 2011 (6.617 doentes) e 2012 (7.141 doentes) (p.29).

O TC (2014) refere que no ano de 2013 se verificou uma inversão da tendência, uma vez que a remuneração acordada entre as partes registou um aumento de 19% face ao verificado em 2012. Esta situação deveu-se, em parte, à não subestimação da variável-preço aquando da contratação da produção do hospital por parte da EPC.

Tendo em conta o âmbito do nosso estudo, importa salientar o referido pelo TC (2014) quanto à comparabilidade da metodologia de produção hospitalar entre o modelo PPP e o modelo EPE, assim, o Contrato de Gestão garante que a determinação da produção hospitalar seja realizada em respeito de certos limiares¹⁶, considerando o histórico da procura efetiva de cuidados de saúde pela população da área de influência do hospital e a atualização anual do preço aplicado às diversas linhas assistenciais. Este sistema dificilmente terá paralelo no modelo de financiamento aplicado os restantes hospitais do SNS, uma vez que os contratos-programa realizados com os hospitais EPE são mais vulneráveis às reduções dos níveis de financiamento, por imposição da tutela (TC, 2014). Em resultado da auditoria realizada, o TC (2014) produziu um conjunto de recomendações que visavam a melhoria da execução e monitorização do contrato de gestão do Hospital de Cascais.

Assim, era recomendado à Ministra de Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde que fosse reforçado o acompanhamento da sustentabilidade financeira das sociedades gestoras, com vista a antecipar eventuais situações de falência que provoquem a interrupção ou coloquem em causa a continuidade da prestação do serviço público com qualidade e segurança, nos termos dos padrões contratualmente definidos. Que fosse ponderada a concentração das funções de monitorização e controlo da execução dos contratos de gestão das PPP em saúde numa única entidade que reporte diretamente às instâncias ministeriais e, finalmente, que fosse considerada a possibilidade de introduzir, nos instrumentos que suportem as negociações contratuais de PPP, rácios de solvabilidade suficientemente

¹⁶ Cfr. n.º 5 da cláusula 37.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais.

robustos, a respeitar pelos parceiros privados, que evitem situações de insolvência das entidades gestoras.

Concretamente ao Ministro da Saúde, o TC (2014) recomendou que fosse realizada uma comparação (*benchmarking*) do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento do Hospital de Cascais com o dos demais hospitais EPE e, bem assim, com o desempenho de outras entidades gestoras de hospitais em PPP, promovendo a harmonização dos indicadores e padrões de desempenho utilizados, quer nos contratos de gestão das PPP, quer nos contratos programa com as unidades hospitalares EPE, definindo os indicadores a utilizar.

Foi ainda recomendado que fosse aproveitada a experiência adquirida ao longo da execução dos contratos de PPP em saúde para promover o estudo da revisão do modelo de acompanhamento e controlo da execução do contrato de gestão, considerando a simplificação do modelo contratual com a consequente demonstração quantitativa da redução de custos para o contribuinte e para as entidades gestoras.

À EPC foi recomendado que fossem realizados relatórios periódicos sobre a evolução da execução do modelo financeiro previsto no caso base, tendo em vista a análise quantitativa dos desvios observados face aos resultados esperados.

Ao parceiro privado, o TC (2014) recomendou que incorporassem a experiência passada no sentido de zelar pelo controlo de custos e sustentabilidade da sociedade gestora, garantindo a continuidade, qualidade e segurança dos serviços prestados em conformidade com as melhores práticas e com os padrões de qualidade e desempenho previsto no contrato de gestão.

No que diz respeito à monitorização e controlo do contrato de gestão pela EPC, o TC (2014) refere que esta tem realizado um controlo sistemático e efetivo sobre a realização da prestação de cuidados hospitalares no Hospital de Cascais, validando as quantidades contratadas produzidas, o acesso, qualidade e segurança dos serviços prestados. No entanto, este controlo implicou que a ARSLVT tenha recorrido sistematicamente à contratação de consultores externos para a realização de testes de validação da atividade hospitalar. O TC (2014) refere que desde 2009 até 2012, a ARSLVT gastou cerca de 339.000€ com a contratação externa de recursos e sem estratégia de incorporação desse *know-how* em estruturas técnicas internas da própria ARSLVT. Importa aqui referir a conclusão da auditoria relativamente à melhoria dos processos e recursos afetos à gestão contratual, nomeadamente:

O reforço das equipas de projeto da ARSLVT com pessoal tecnicamente habilitado na realização de procedimentos idênticos aos agora prestados pelos consultores externos poderia constituir uma mais-valia na monitorização das parcerias e resultar na diminuição da despesa, por parte do Estado/contribuinte, com essa mesma monitorização (p.36).

Assim, e após analisarmos a completude das obrigações contratuais atribuídas a cada PPP, incluindo o desempenho e nível de produção verificados, importa apresentarmos, previamente à nossa discussão, uma súmula dos dados relativos às tarefas no âmbito da gestão contratual e produção (Tabelas 79 e 80).

Tabela 79 – Dados relativos à atividade de gestão contratual

Global às 4 PPP	Hospital de VFX	Hospital de Loures	Hospital de Braga	Hospital de Cascais
Não existem evidências relativas à realização de avaliações ex ante, por parte da EPC, à contratação de produção das entidades privadas.	A figura de 'gestor de contrato' é o único recurso afeto em exclusividade a estas tarefas.	Ausência de condicionantes à normal execução de auditorias, verificando-se a colaboração e disponibilidade das partes.	A atividade de Gestão contratual é exercida por uma equipa da ARSN composta por 3 elementos, com recurso ao outsourcing para serviços de consultoria.	Deverão ser concentradas as funções de gestão contratual das PPP numa única entidade que reporte diretamente às instâncias ministeriais.
A EPC não desenvolve os procedimentos relativos à aquisição de serviços de forma atempada.	A relação com o parceiro privado decorre sem conflitos que ameacem a normal execução do contrato.	Não existe um nível de conflitualidade entre os parceiros que ameace a execução normal do contrato.	A nível de diferendos entre as partes, desde o início a execução do contrato, a mesma tem vindo a diminuir, através da conciliação.	Deverão ser introduzidos rácios de solvabilidade suficientemente robustos, a respeitar pelos parceiros privados, que evitem situações de insolvência das entidades gestoras.
A EPC não realiza ações de controlo aos sistemas de informação das entidades privadas.	Existem divergências sobre a interpretação do contrato que poderão gerar litígios futuros.	Assegurar que a equipa de Gestão Contratual, reuna e desenvolva as competências adequadas, de modo a incorporar o Know-How necessário.	A avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento foi positiva.	A EPC deve realizar um controlo sistemático e efetivo sobre a realização da prestação de cuidados hospitalares.
A não realização de inquéritos de satisfação aos utentes, inviabiliza as avaliações da EPC às PPP hospitalares.	A execução do contrato decorre com avaliações positivas por parte do Estado, sem a ocorrência de litígios.	A avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento foi positiva.		A ARSLVT recorre sistematicamente à contratação de consultores externos para a realização de testes de validação da atividade hospitalar.
A avaliação e monitorização dos contratos de gestão torna-se inexecutável por via da não existência de informação comparável relativa aos parâmetros de desempenho	A avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento foi positiva.			A avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento foi positiva.
Os indicadores exigidos nos contratos de gestão às PPP não têm repercussão nos hospitais EPE.				
A ACSS não dispõe de informação completa quanto à dimensão económica-financeira para os 3 hospitais (Cascais, Loures e VFX).				
Existe uma falta articulação e partilha de informação entre a EPC e a ACSS sobre assuntos essenciais ao controlo e monitorização dos contratos de gestão.				
A EPC deve desenvolver competências adequadas à gestão contratual, de modo a incorporar o Know-How necessário com o objetivo de dispensar o recurso à contratação de consultores externos.				

Fonte: Elaboração própria

Tabela 80 – Dados relativos à atividade de produção

Hospital de VFX	Hospital de Loures	Hospital de Braga	Hospital de Cascais
2015 - Tendência de crescimento generalizado da produção.	2015 - Aumento da produção em todas as linhas de atividade. Aumento ao nível das consultas externas e das sessões de hospital de dia	Foram ajustadas as quantidades a produzir com base na produção acordada em cada ano com a EPC.	Determinação unilateral da produção, por parte do parceiro público ao parceiro privado, originando uma redução da produção contratada.
2016 - Incremento do nível de produção, crescimento nas urgências e aumento ao nível do número de sessões de hospital de dia.	2016 - Aumento da produção ao nível do número de sessões de hospital de dia e do nível de procura verificado nas urgências. Redução da atividade de internamento e ambulatorio.	ARS Norte e a EGE acordaram valores de produção anual que pressupunham uma insuficiência da atividade contratada.	A EPC fixou unilateralmente a produção, no sentido de respeitar o princípio da comportabilidade orçamental.
Crescimento ao nível do número de doentes equivalentes em internamento e ambulatorio, do número consultas externas.	2018 - Aumento do número de doentes em internamento e ambulatorio. Decréscimo verificado no número de sessões de hospital de dia e de atendimentos em urgência.	Em consequência das restrições impostas à produção, por acordo entre as partes, o tempo de espera dos utentes a aguardar a realização de consultas externas aumentou.	A diminuição de contratação, por parte da EPC, poderá ter tido um efeito negativo na prestação de cuidados de saúde à população.
Elevada utilização da capacidade instalada de internamento e cirurgia.		2015 - Aumento da produção foi visível em praticamente todas as linhas de atividade 2016 - Decréscimo ao nível do número de sessões de hospital de dia. 2017 - Aumento da produção em praticamente todas as linhas de atividade. 2018 - Aumento da produção em praticamente todas as linhas de atividade.	

Fonte: Elaboração própria

4.8.5. Discussão

Grimsey e Lewis (2007) destacaram que uma das etapas do processo de contratação via PPP é a gestão contratual, onde é efetivada a transferência de responsabilidades para a equipa de gestão do contrato da EPC, são formalizadas as responsabilidades de gestão, é entregue o projeto, são monitorizados os resultados e é feita uma defesa da integridade do contrato. Como já verificámos, as auditorias referem sistematicamente a insuficiência dos recursos humanos afetos à monitorização/supervisão e auditoria por parte do parceiro público, sendo que na entidade responsável pela monitorização e auditoria aos processos de codificação hospitalar, ACSS, em 2016 apenas contemplava 2 funcionários afetos à realização de auditorias clínicas (um a tempo inteiro e outro a tempo parcial) recorrendo pontualmente a médicos auditores externos (cerca de 7) com disponibilidade limitada.

Em resultado desta situação, o TC (2016) verificou que são poucos os hospitais do SNS que são auditados anualmente pela ACSS na área que maior impacto tem no financiamento hospitalar, a da codificação clínica. Este facto e os resultados resumidos na Tabela 81 trazem à colação a problemática da supervisão contratual, amplamente estudada por Garvin (2010), que não só traduz uma ineficiência do Estado para assumir um papel de supervisor dos serviços prestados e não o prestador desses mesmos serviços, mas também a incapacidade do Estado para analisar aos resultados obtidos pelas parcerias, o que poderia permitir uma

identificação clara das necessidades da população e assim definir e negociar os indicadores de *performance* para satisfazer esses requisitos.

Tabela 81 – Resultados da avaliação contratual à ARSLVT

Âmbito	Avaliação
Funções da Provedoria do Cliente	Comprometidas
Comissão conjunta	Não foi constituída
Sanções contratuais	Inexistentes por falta de controlo
Inquéritos Satisfação	Nenhum realizado
Avaliação comparativa	Não foi realizada
Completo Informação financeira	Incompleta para vários indicadores

Fonte: Elaboração própria

A UTAP (2017) refere que em junho de 2016 foi constituída uma equipa que teve por objetivo avaliar as opções do Estado Português relativamente ao término dos contratos de gestão, referente à gestão do estabelecimento, dos Hospitais de Cascais e de Braga, tendo em conta o término dos contratos, respetivamente, a 31 de dezembro de 2018 e a 31 de agosto de 2019. Em outubro de 2016, esta equipa de projeto apresentou o relatório relativo ao Hospital de Cascais, incluindo a análise do modelo de PPP atualmente existente e a avaliação da possibilidade de exercício da faculdade contratual de renovação do respetivo contrato de gestão. A UTAP (2017) refere que da avaliação efetuada, resultou uma proposta de não renovação do atual contrato de gestão do Hospital de Cascais, na vertente da gestão clínica, com lançamento de um procedimento concursal tendente à celebração de uma nova PPP para esse efeito.

Como argumenta Garvin (2010) os modelos PPP revelaram uma eficácia considerável, sendo que essa eficácia estará sempre dependente de uma supervisão eficaz *ex-post* dos contratos. Uma das principais etapas de um contrato PPP é precisamente a gestão contratual, onde se incluem as tarefas de inspeção, fiscalização e gestão do contrato, sendo que o parceiro público deve constituir uma equipa que receba e analise relatórios regulares, de acordo com as obrigações inscritas no contrato, complementado pela realização de verificações pontuais aleatórias para assegurar que o desempenho está a ser medido e reportado de forma fiável, precisa e abrangente. A Tabela 82 resume os custos incorridos pela EPC relativamente à gestão contratual dos projetos PPP de Cascais, Loures, VFX e Braga.

Tabela 82 – Custos do Parceiro Público | Gestão Contratual

PPP	Gestão contratual <i>Insourcing</i> 2009-2016	Gestão contratual <i>Outsourcing</i> 2011-2016
Hospital Vila Franca de Xira Hospital de Cascais Dr. José de Almeida Hospital Beatriz Ângelo - Loures	2 000 000 €	2 800 000 €
Hospital de Braga	Sem dados	1 300 000 €
Total	2 000 000,0 €	4 100 000,0 €

Fonte: Elaboração própria

Ora, o TC (2019) concluiu, na auditoria realizada ao Hospital de VFX, que “o acompanhamento e a monitorização da execução do contrato têm ficado comprometidos por limitações na contratação dos consultores externos devido a restrições orçamentais” (p.21), o que corrobora as conclusões de Hodge e Carsten (2008) que indicam que existe um défice de competências do setor público para uma efetiva gestão e supervisão contratual do modelo PPP.

Esta ideia fica ainda mais clara quando analisamos as conclusões do TC (2019) onde se refere que “os processos críticos anuais de acompanhamento e monitorização da parceria revelaram-se morosos, com atrasos frequentes, e nalguns casos expressivos, face ao previsto no Contrato de Gestão” (p.22). Esta conclusão está em linha com as conclusões de Cruz et al. (2015) que indicam que a gestão e regulamentação eficaz dos contratos não se verifica por parte do parceiro público português, tendo consequências negativas e impactos a longo prazo.

Ora, tal como já sugerido na literatura (e.g., Barros, 2019), é crucial que o Estado desenvolva e mantenha capacidades técnicas de gestão dos contratos PPP, criando uma equipa de trabalho, localizada em Ministério específicos, que se dedique, exclusivamente, à análise e acompanhamento dos contratos PPP. Esta equipa deverá ser formada por quadros da Administração Pública, com valências distintas, que garanta, a todo o momento, uma correta tomada de decisão pública.

No entanto, parece claro que o Estado Português tende a não seguir estas recomendações levando a claras falhas de controlo e monitorização dos contratos, tal como referido pelo TC, reforçando a conclusão de Monteiro (2005), que considera Portugal um dos poucos países que ainda não tem uma agência de PPP que acompanhe os contratos PPP.

Se juntarmos às conclusões anteriores o facto de Iossa e Saussier (2018) argumentarem que, na prática, o sucesso de um determinado projeto PPP depende, de forma crítica, dos contratos a serem elaborados e operacionalizados, verificamos que o parceiro público apresenta várias lacunas na operacionalização dos contratos de gestão, concretamente no que diz respeito às tarefas de gestão contratual.

Como já vimos, de acordo com a DGTF (2012), Portugal é um dos poucos países que ainda não tem uma agência de PPP que acompanhe os contratos PPP, desde a contratualização até à exploração, e que faça uma gestão rigorosa dos encargos com esses contratos. Ora, como refere a literatura (e.g., Visconti, 2014), não existem contratos ‘completos’, o que nos remete para as ideias de Barros (2019) que apresenta formas de mitigar a incompletude dos contratos, por via de um esforço adicional na altura da redação do contrato PPP, através da formalização de um memorando de entendimento sobre a interpretação do clausulado com o objetivo de reduzir futuras disputas, no que concerne ao entendimento jurídico das mesmas. Neste âmbito verificamos que não existe qualquer memorando de entendimento que auxilie na interpretação do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira.

A ausência de condicionantes à normal execução da auditoria, levada a cabo pelo TC, reforça a ideia de Xiong et al. (2019), que argumenta que o modelo PPP tende a melhorar a transparência, dado que a informação do parceiro privado é revelada aos parceiros públicos, através de relatórios ao longo do ciclo de vida da parceria, resultando num pleno acesso do público em geral. Não obstante a disponibilidade e colaboração de ambas as partes, o TC (2015) argumentou que:

O exercício de *benchmarking* com outras unidades hospitalares sai prejudicado pela inexistência do apuramento e acompanhamento, para os hospitais EPE, da grande maioria dos indicadores previstos nos contratos de gestão dos hospitais em PPP (p.7).

Ora, esta ausência de apuramento e acompanhamento dos hospitais EPE para os indicadores presentes nos contratos PPP pode levar a fraca transparência externa, tal como indicado por Xiong et al. (2019) que defende que o facto de a população não compreender a informação de desempenho, pode resultar numa fraca transparência ‘externa’.

Para além de uma possível falta de transparência externa, é clara a dissonância entre os indicadores exigidos e monitorizados para os Hospitais PPP e os que são exigidos aos hospitais EPE, o que contraria a literatura (e.g., Almeida, 2020) que defende que o desempenho exigido ao parceiro privado não deverá ser substancialmente distinto do que é exigido ao parceiro público em contratos análogos. Esta ideia já tinha sido defendida pela PWC (2013), quando refere que o Estado deve reforçar a sua capacidade de controlo sobre a efetividade dos contratos, iniciando essa atividade na fase de planeamento da parceria e não só quando o contrato está assinado.

Ora, como percebemos, a gestão contratual efetiva a transferência de responsabilidades para o parceiro público, definindo as responsabilidades de gestão e os indicadores a serem monitorizados, ou seja, a gestão contratual deverá ser executada tendo por objetivo a defesa

da integridade do contrato celebrado e assim assegurar que o parceiro privado atinge o desempenho estipulado contratualmente.

Para respondermos à nossa questão de investigação é necessário darmos nota que o parceiro público denota um claro défice de recursos humanos afetos às tarefas de controlo e monitorização dos contratos PPP, tal como referido nas várias auditorias levadas a cabo pelo TC e sumariadas na Tabela 79. Este défice resulta numa insuficiente monitorização dos hospitais do SNS, incluindo os hospitais PPP, por parte da ACSS, não obstante os gastos descritos na Tabela 82.

Adicionalmente, e de acordo com as nossas conclusões descritas na Tabela 81, podemos concluir por uma ineficiência do Estado no que diz respeito ao cumprimento do seu papel de supervisor dos serviços prestados e duma incapacidade para analisar os resultados obtidos pelo modelo PPP, o que torna ainda mais premente a criação de uma agência de PPP que acompanhe os contratos PPP de forma efetiva e abrangente.

Não obstante as lacunas identificadas, no que às tarefas de gestão contratual executadas pelo parceiro público dizem respeito, de acordo com os dados sumariados na Tabela 80, fica claro que os níveis de produção dos quatro hospitais PPP cumpriram o estipulado contratualmente, sendo certo que alguns dos não cumprimentos registados se ficaram a dever a restrições impostas pelo parceiro público, algumas vezes de forma unilateral, ao parceiro privado.

Assim, conseguimos aferir que o desempenho (ao nível da produção) das PPP no setor da Saúde foi adequado ao longo do período analisado, em função do acordado contratualmente com o Estado.

4.9. Questão de Investigação 8

A nossa oitava questão de investigação foi definida como:

Q8 - “Os 4 Hospitais PPP atingiram os objetivos traçados aquando da sua adjudicação, em termos de benefícios sociais?”

Esta questão tem como objetivo verificar, empiricamente a obtenção de possíveis benefícios sociais, inicialmente identificados no caso base e no contrato de prestação de serviços, e que poderão, ou não, serem verificados ao longo do período do projeto PPP.

Mais uma vez, importa analisarmos as conclusões e pareceres emitidos por entidades públicas independentes para os 4 hospitais PPP da nossa amostra.

4.9.1. Hospital de Loures

De acordo com o TC (2015), no que diz respeito ao desempenho do estabelecimento hospitalar, a organização do Hospital de Loures apresentou um processo de organização de camas diferenciado que permitiu uma maior taxa de ocupação de camas na ordem dos 93%.

No mesmo sentido positivo, o Hospital de Loures apresentou a 2ª maior taxa de cirurgias realizadas em ambulatório quando comparado com os hospitais da amostra da auditoria, resultando numa diminuição dos custos unitários da atividade cirúrgica.

Ainda a destacar a taxa de utilização do bloco operatório de 85%, a qual é superior à melhor taxa de utilização registada no *cluster*, que foi a do Hospital EPE de Leiria – 81%.

Quanto ao acesso aos cuidados de saúde cirúrgicos, o TC (2015) concluiu que o Hospital de Loures não apresentou constrangimentos assinaláveis, dando apenas relevo ao facto de 2,9% das cirurgias terem sido realizadas para além do tempo máximo de espera, ficando aquém do melhor Hospital EPE (Leiria – 1,7%). Menos positivos foram os resultados relativos ao acesso às primeiras consultas, onde o tempo médio de espera foi de 71 dias em 2012, de 134 dias em 2013 e, no final do 1º semestre de 2014, de 168 dias. Estes valores são piores do que aconteceu no melhor hospital EPE, que registou um tempo de espera de 79 dias em 2012, 80 dias em 2013 e 92 dias no final do 1º semestre de 2014.

Adicionalmente o TC (2015) concluiu que o Hospital de Loures não apresentou capacidade de resposta para atender atempadamente os utentes, sendo que 26% dos atendimentos no serviço de urgência em 2013 excederam os tempos máximos recomendados entre triagem e a observação médica.

Face aos resultados positivos e negativos apurados pela auditoria do TC (2015), importa referir que, de 2012 a 2014:

A produção anual contratada tem resultado de acordo entre as partes, mas tem sido inferior à prevista no modelo financeiro da parceria, particularmente nas linhas de produção do internamento e cirurgia de ambulatório e da urgência (atendimentos urgentes), que representaram entre 2012 e 2014, em média 80% da remuneração contratada (p.9).

Em resultado de restrições orçamentais impostas pelos Orçamentos do Estado, este défice na contratação da produção, por parte da EPC, pode explicar em parte alguns dos resultados menos positivos do Hospital de Loures, nomeadamente no que concerne às urgências e os respetivos tempos de espera. Importa ainda referir que a auditoria conclui que os impactos, da abertura do Hospital de Loures, na produção de cuidados de saúde e no financiamento de outros hospitais EPE não atingiram as previsões do estudo estratégico e

economico-financeiro realizado aquando do lançamento da parceria, o que poderá indiciar uma duplicação de recursos e de despesa no SNS (TC, 2015, p.10).

4.9.2. Hospital de Vila Franca de Xira

Em 2019 o TC levou a cabo uma auditoria aos resultados obtidos por via da execução contratual da PPP relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira. Uma das conclusões apresentadas sustenta a ideia defendida por Caselli et al. (2015), que argumentam que a necessidade de recuperar infraestruturas leva os governos a optarem por recorrer a parceiros privados no sentido de reduzirem as verbas inscritas nos respetivos OE, conseguindo simultaneamente responder às crescentes necessidades de investimento.

Essa conclusão refere que “o recurso ao modelo de PPP permitiu ao Estado substituir uma unidade hospitalar degradada, diferindo no tempo os encargos associados à construção e ao apetrechamento do novo hospital” (TC, 2019, p.13). O mesmo documento conclui que a oferta de cuidados de saúde foi substancialmente reforçada por via da PPP entre o período de 2012 a 2017, duplicando a atividade de internamento e ambulatório (+96%), aumentando o número de consultas externas (+76%), e aumentando a atividade de urgência (+36%), sendo estes dados comprovados pela Entidade Pública Contratante (EPC).

Quanto ao Hospital de VFX, a ARSLVT é a entidade pública contratante, sendo que a mesma tem a responsabilidade de contratação, ao parceiro privado, da capacidade de produção. Nesse sentido, o TC refere que a ARSLVT tem contratado desde 2015, de forma insuficiente a capacidade de produção, não permitindo acomodar o crescimento da procura por parte da população. O TC (2019) vai ainda mais longe, referindo que “para os anos de 2016 a 2018, os valores contratados foram inclusive inferiores à produção efetiva do ano anterior, à exceção da produção de urgências acordada para 2016” (p.18).

Importa referir que estas limitações na capacidade de produção afetam negativamente o acesso aos cuidados de saúde prestados pelo Hospital, sendo que os financiamentos supervenientes não são permitidos, segundo as regras dos contratos de parceria, pelo que a produção negociada entre as partes estabelece um limite para a oferta de cuidados de saúde programados, que, se não for suficiente para a procura por parte dos cidadãos, limita efetivamente o acesso. Assim, o TC (2019) concluiu de forma clara que “o acesso da população a cuidados de saúde programados deteriorou-se pelo menos até 2017, em parte condicionado pela insuficiente produção contratada e negociada entre os parceiros público e privado” (p.19).

4.9.3. Hospital de Braga

Em 2016, o TC levou a cabo uma auditoria ao contrato de gestão do hospital de Braga em regime PPP. De destacar que a auditoria concluiu que a operação do Hospital de Braga se

traduziu num aumento da oferta de cuidados de saúde à população, sendo que as consultas externas aumentaram cerca de 99% entre 2009 e 2015, e a atividade do internamento e ambulatório, médico e cirúrgico, mais do que duplicou face às previsões iniciais (TC, 2016). Não obstante o aumento da oferta, a mesma não foi totalmente refletida nos valores acordados anualmente entre as partes (EPC e Parceiro Privado), em resultado de restrições orçamentais impostas pelos Orçamentos do Estado.

4.9.4. Hospital de Cascais

A UTAP (2016) indica que no ano de 2015 todas as unidades clínicas registaram um incremento do nível de produção, destacando-se, nomeadamente, o aumento verificado ao nível do número de sessões de hospital de dia (de 19%) e o crescimento, de cerca de 4%, registado nas urgências no Hospital de Cascais, sendo que em 2016 a UTAP (2017) registou novamente, à semelhança do verificado nas demais unidades hospitalares em regime de PPP, uma tendência de crescimento generalizado da produção. Finalmente, em 2018, a UTAP (2018) concluiu que houve um incremento em todas as linhas de atividade, destacando o crescimento, quer ao nível do número de doentes equivalentes na linha de internamento e ambulatório, quer do número de sessões de hospital de dia e de consultas externas, face ao período homólogo anterior.

4.9.5. Discussão

Não podemos esquecer o interesse público na prestação de cuidados de saúde. Por forma a proteger o interesse público, os princípios orientadores das iniciativas PPP devem basear-se no benefício para a sociedade e não no benefício mútuo para os parceiros, devendo centrar-se no conceito de equidade na saúde.

Já concluímos que a envolvente social (satisfação e qualidade do serviço) representam uma das dimensões mais críticas quanto ao peso num possível resultado final positivo do modelo PPP. Tal como argumentam Yamout & Jamali (2007), as PPPs podem ser mutuamente gratificantes para ambos os parceiros e, ao mesmo tempo, refletir resultados positivos para a população em termos sociais.

Assim, Hall e Lobina (2004) argumentaram que a introdução de empresas privadas em setores socialmente e economicamente críticos, cria uma possibilidade de permanente conflito entre os interesses privados e os interesses públicos. Esta ideia é defendida por Boardman e Vining (2012), que argumentaram que apesar da utilização generalizada do modelo PPP em muitos países, tanto os estudos de caso, como os dados empíricos quantitativos indicam que muitos projetos PPP resultaram em desfechos insatisfatórios a nível de benefícios sociais. Ora os nossos resultados descritos na Tabela 83 não corroboram esta

ideia, ficando claro que na generalidade, os hospitais PPP em Portugal são socialmente benéficos, apresentando aumentos sucessivos dos serviços prestados à população.

Tabela 83 – Registo de serviços prestados à população

Hospital de VFX	Hospital de Loures	Hospital de Braga	Hospital de Cascais
Permitiu ao Estado substituir uma unidade hospitalar degradada e ao apetrechamento do novo hospital.	Processo de organização de camas diferenciado que permitiu uma maior taxa de ocupação de camas na ordem dos 93%.	Aumento da oferta de cuidados de saúde à população	No ano de 2015 todas as unidades clínicas registaram um incremento do nível de produção
A oferta de cuidados de saúde foi substancialmente reforçada por via da PPP entre o período de 2012 a 2017.	Apresentou a 2ª maior taxa de cirurgias realizadas em ambulatório	As consultas externas aumentaram cerca de 99% entre 2009 e 2015	Em 2015, aumento ao nível do número de sessões de hospital de dia (de 19%)
Entre 2012 a 2017, duplicou a atividade de internamento e ambulatório (+96%), aumentou o número de consultas externas (+76%) e aumentou a atividade de urgência (+36%).	A utilização do bloco operatório não difere de forma relevante face aos hospitais EPE, com uma taxa de utilização de 85%.	A atividade de internamento e ambulatório, médico e cirúrgico duplicou face às previsões iniciais.	Em 2015, crescimento, de cerca de 4%, registado nas urgências.
A EPC contratou, desde 2015, de forma insuficiente a capacidade de produção não permitindo acomodar o crescimento da procura por parte da população.	Não apresentou constrangimentos assinaláveis, sendo que apenas 2,9% das cirurgias foram realizadas para além do tempo máximo de espera.	Não obstante o aumento da oferta, a mesma não foi totalmente refletida nos valores acordados anualmente entre as partes, em resultado de restrições orçamentais impostas pelos Orçamentos de Estado.	Em 2016 registou-se novamente, uma tendência de crescimento generalizado da produção.
Para os anos de 2016 a 2018, os valores contratados foram inferiores à produção efetiva do ano anterior.	Acesso às primeiras consultas: o tempo médio de espera foi de 71 dias, em 2013 e de 134 dias e no final do 1º semestre de 2014.		2018 - Incremento em todas as linhas de atividade. Crescimento quer ao nível do internamento e ambulatório, quer do número de sessões de hospital de dia e de consultas externas.
O acesso da população a cuidados de saúde programados deteriorou-se até 2017, em parte condicionado pela insuficiente produção contratada pela EPC.	Não apresentou capacidade de resposta para atender atempadamente os utentes. 26% dos atendimentos no serviço de urgência em 2013 excederam os tempos máximos recomendados.		
As limitações na capacidade de produção afetam negativamente o acesso aos cuidados de saúde prestados pelo Hospital.	O défice na contratação, por parte de EPC, de produção pode explicar alguns dos resultados menos positivos do, nomeadamente no que concerne às urgências e os respetivos tempos de espera.		
	Os impactos, da abertura do Hospital, na produção de cuidados de saúde não atingiram as previsões do estudo estratégico realizado aquando do lançamento da parceria.		

Fonte: Elaboração própria

Boardman e Vining (2012) defenderam que o critério mais apropriado para escolher entre mecanismos alternativos de contratação, e para avaliar o valor das PPP, é a maximização do bem-estar social, argumentando que, por exemplo, o apuramento do *VfM* é inadequado

ou simplesmente errado, porque a utilização de tal critério pode levar à destruição do valor social, em vez do seu aumento.

Como já concluímos na questão de investigação 5, o *VfM* gerado para o contribuinte é claro, no entanto essas poupanças não são obtidas à custa de um decréscimo da qualidade do serviço prestado como verificámos na questão de investigação 6, logo não influenciando negativamente os benefícios sociais como se comprova pelos dados apresentados na Tabela 83.

Whiteside (2011) argumentou acerca da incapacidade dos contratos PPP de cumprirem as promessas defendidas pelos seus proponentes, incluindo os custos económicos, como sendo uma má relação qualidade/preço, com taxas ocultas e custos sociais, implicando a erosão da responsabilidade democrática e da transparência. O autor concluiu que a falta de resultados económicos e sociais associados ao modelo PPP significa que, como opção política, os seus benefícios são muitas vezes mais ideológicos do que tangíveis. Ora, os nossos resultados demonstram que os resultados tangíveis do modelo PPP, aplicado em Portugal no setor da saúde, são mensuráveis e refletem um benefício social e económico para a população, tal como referido pelo TC (2021): “Os utentes dos Hospitais geridos em PPP estão protegidos por padrões de qualidade mais exigentes do que os aplicados na monitorização dos hospitais de gestão pública” (p.7).

Adicionalmente, as entidades gestoras dos Hospitais PPP estão obrigadas à implementação de sistemas de gestão da qualidade, que incluem vertentes como a acreditação anual dos hospitais por entidades internacionais certificadas.

Por outro lado, percebemos que os possíveis benefícios sociais do modelo PPP estão condicionados, tal como refere o TC (2019) quando faz recomendações ao Conselho Diretivo da ARSLVT, para que seja feito o levantamento quantificado das necessidades de serviços de saúde por parte da população servida pelo HVFX, de forma a subordinar a contratação anual da produção às necessidades demonstradas pela população.

Ora, ao não ter em conta as necessidades da população, o parceiro público poderá ter tido um efeito negativo na prestação de cuidados de saúde, tal como referido pelo TC (2014):

A diminuição da produção imposta à Entidade Gestora do Estabelecimento/HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A., pode ter-se refletido no acesso dos utentes à prestação dos cuidados de saúde. Efetivamente, o número de doentes em espera para a primeira consulta aumentou 8% entre 2011 (6.617 doentes) e 2012 (7.141 doentes) (p.29).

Skietrys et al. (2008) argumentaram que, apesar de muitos autores enfatizarem que o modelo PPP é um instrumento eficiente e progressivo para satisfazer as exigências sociais, ainda nenhum conseguiu explicar como se mede essa eficiência. O nosso trabalho contribui

para colmatar esta lacuna, sendo explicado como o modelo PPP pode ser avaliado em termos de benefícios sociais, qualidade e satisfação com os serviços prestados e, em simultâneo, aferindo os seus benefícios em termos financeiros. Assim, podemos concluir que os quatro Hospitais PPP atingiram os objetivos traçados em termos de benefícios sociais, apresentando em geral uma melhoria contínua dos serviços prestados à população, assim como das instalações e do seu equipamento. Nos casos em que não se verifica essa melhoria, verifica-se que houve insuficiências do parceiro público, nomeadamente no cálculo da produção necessária para a satisfação do crescimento da procura dos serviços de saúde.

4.10. Questão de Investigação 9

A nossa nona questão de investigação foi definida como:

Q9 - “Que conclusões podemos retirar das avaliações, quantitativas e qualitativas, ao modelo de gestão PPP na área da saúde em Portugal?”

A nossa última questão de investigação tem como objetivo retirar ilações quanto às decisões governamentais, e se as mesmas tendem a procurar a satisfação da população portuguesa abrangida pelos hospitais PPP, ou se, por outro lado, tendem só a conseguir possíveis poupanças económico-financeiras com possíveis melhorias no serviço prestado, independentemente da satisfação/perceção da população.

Para responder a esta questão temos de recuar ao ano de 2018, aquando da discussão e aprovação da nova lei de bases da saúde. Esta Lei tem um papel fundamental nas tomadas de decisão futuras. Em 2018 a discussão levada a cabo pelos partidos com representação parlamentar resumia-se a uma questão simples: pode uma PPP na Saúde ser estabelecida num sítio onde o SNS já tenha um estabelecimento? As diferentes respostas a esta questão, representaram também a grande diferença entre o Partido Socialista (PS) e o Partido Social Democrata (PSD) quanto à questão das PPP na Saúde, a qual se resume no conceito de supletividade. O PS defendia que as PPP na Saúde só podiam ser "excecionais" e "supletivas", i.e., existirem só onde o Estado não existe (Proposta de Lei 171/XIII/4). Por outro lado, o PSD também achava que só podiam ser excecionais, mas admitem-nas em sobreposição ao Estado, desde que os custos para o erário público sejam melhores, e que os utentes saiam mais bem servidos, nomeadamente em termos de qualidade e velocidade do serviço (Projeto de Lei 1065/XIII/4).

De notar que a proposta de lei (Projeto de Lei 1065/XIII/4) do PDS foi mais além, detalhando em que condições as PPP poderiam ser consideradas: "os contratos, convenções ou acordos para a realização de prestações públicas de saúde do Serviço Nacional de Saúde devem assegurar o preenchimento dos requisitos de qualidade, segurança, eficácia,

efetividade, eficiência e regras de contratação exigíveis nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde", bem como "garantir o direito de acesso dos utentes por eles abrangidos e incluir como objetivo a criação de ganhos em saúde para a população destinatária" e ainda "revelar-se vantajosos, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade de custos" e "observar os princípios da concorrência e da transparência quanto à escolha do prestador".

Não chegando a acordo com o PSD, o governo à data, liderado pelo PS, tentou um acordo com os partidos mais à esquerda. De 2018 até à aprovação da nova Lei de bases da saúde (Lei n.º 95/2019), em maio de 2020, assistimos a uma negociação do Governo com o PCP e o BE. Finalmente, no verão de 2019, o PS, BE, PCP e Partido Animais e Natureza (PAN) aprovaram a nova Lei de Bases da Saúde, sendo que os partidos à esquerda do PS apenas aceitaram votar favoravelmente porque a proposta do Governo deixou cair qualquer referência às PPP na saúde, passando apenas a referir 'acordos com entidades privadas'.

Em resultado dessa negociação, a nova lei de bases da saúde estabelece que se poderá apenas celebrar PPP na área da saúde mediante "acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada". O anterior decreto (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto) que regulava as PPP referia que no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) poderiam ser celebrados acordos de "parcerias público/privado" com base em "princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde", que se traduzia numa clareza quando ao modelo de gestão a aplicar – PPP – e em simultâneo descrevia a sua implementação tendo por base uma necessidade fundamentada.

Este novo decreto manteve a porta aberta à celebração de PPP, embora de forma mais restrita do que acontecia anteriormente. Já em 2013, a PWC (2013) abordou a questão política e ideológica associada às PPP, tomando uma posição bastante clara quando afirmou:

Acresce que este modelo, embora muito aplicado a nível internacional, não tem sido consensual na sociedade portuguesa, uma vez que tem associada uma forte retórica política e ideológica, com opiniões opostas sobre os seus benefícios para o Estado, quer em termos de eficiência quer em termos de qualidade dos serviços públicos inerentes (p.30).

Ora, percebemos desde logo que todas as posições dissonantes entre os vários partidos políticos têm fundamentações ideológicas e não baseadas em resultados tangíveis do modelo.

Tal como refere o TC (2021), no final do período de vigência dos contratos de gestão, na vertente da gestão clínica, compete ao Estado decidir, caso a caso, se mantém o modelo PPP existente – renovando o contrato em execução ou lançando novo procedimento concursal

tendente a nova contratação – ou se, em alternativa, opta pelo cenário de internalização, com a reversão dos hospitais para a gestão pública¹⁷.

Tendo em conta esta premissa, o Governo, de acordo com o TC (2021), não se limitou a um cenário de mera renovação, optando por reequacionar toda a temática dos modelos de contratação e provisão pública, mandatando as equipas de projeto (UTAP) para analisar a eventual adoção de outro modelo de contratação de gestão clínica, diferente do modelo de PPP.

Assim, o Governo diligenciou pela realização de avaliações independentes para suporte da decisão política sobre a manutenção ou reversão do modelo de gestão do estabelecimento hospitalar em PPP que, como já vimos, resultaram em efetivas poupanças para o Estado.

Importa então sistematizarmos os resultados apresentados pelas várias avaliações independentes.

No estudo elaborado, a ERS (2016) posicionou-se de forma neutral face à opção PPP, considerando, no entanto, de forma genérica, que o grupo de hospitais PPP é eficiente, eficaz e cumpre padrões de qualidade clínica (TC, 2021). Não obstante a posição neutra da ERS, de destacar que o desempenho dos hospitais geridos em PPP foi ainda acompanhado regularmente pela ERS no âmbito do sistema de avaliação SINAS, tendo os Hospitais geridos em PPP obtido bons resultados.

Como vimos ao longo do nosso trabalho, os relatórios de avaliação da UTAP concluíram pela existência de *VfM* face à alternativa de gestão pública, segundo as perspetivas da economia, da eficiência e da eficácia, resultados também validados pelo TC (2021).

Importa agora percebermos quais foram as indicações e pareceres quanto à decisão do Estado para renovar, iniciar novo processo de PPP ou reverter o modelo para uma gestão Pública. Tendo em conta o *VfM* apurado pela UTAP, os estudos analisados foram favoráveis à continuidade de todas as PPP na vertente da gestão clínica, ponto também referido pelo TC (2021). De forma individualizada, para a PPP do hospital de braga, o TC (2021) indica que:

Para o Hospital de Braga, foi proposta a renovação contratual, precedida de negociação e, caso não fosse atingido acordo, o lançamento de novo procedimento concursal para gestão do estabelecimento em PPP. No entendimento da UTAP, o cenário da renovação seria aquele que apresentaria uma relação Custo-Benefício mais favorável para o Estado, face aos cenários alternativos analisados (p.23)

¹⁷ O prazo para divulgação da decisão de renovação contratual ao parceiro privado foi fixado em (até) 2 anos antes do término do respetivo contrato, podendo este manifestar-se quanto à decisão até 18 meses antes do fim da relação contratual, cf. Cláusula 8.ª, nº 4, dos contratos de gestão dos hospitais de Braga, Cascais e Vila Franca de Xira, e cláusula 38.ª, nº5 do contrato de gestão do Hospital de Loures.

Quanto às restantes 3 PPP hospitalares, o TC (2021) indica que:

Para os Hospitais de Cascais, Vila Franca de Xira e Loures, foi proposto o lançamento de novos procedimentos concursais para a gestão do estabelecimento em PPP, por se considerar não estarem reunidos todos os requisitos necessários à simples renovação dos atuais contratos, dado terem sido identificadas como necessárias alterações que poderiam consubstanciar modificações substanciais suscetíveis de desrespeitar os limites legais à modificação dos contratos administrativos (p.24)

Ora, não obstante os pareceres e conclusões apresentadas acima, no início de 2022 apenas prevalece o hospital de Cascais a operar em regime PPP. Desde 2019, aquando da reversão da PPP do hospital de Braga, que temos vindo a assistir ao desaparecimento das PPP na saúde, com os hospitais de Braga e de Vila Franca de Xira a voltarem à esfera pública. Em novembro de 2021, o Estado voltou a decidir por uma reversão do modelo PPP do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, para o qual estava previsto o lançamento de um novo concurso.

O fim da PPP do Hospital Beatriz Ângelo foi decidido no Conselho de Ministros de 11 de novembro de 2021, terminando a parceria em janeiro de 2022, e com o Governo a criar uma empresa pública para o efeito (EPE). O Governo já tinha anunciado em janeiro de 2020 que não iria renovar o contrato com o parceiro privado por mais dez anos. No entanto, dois meses mais tarde, aprovou o estudo e preparação do lançamento e adjudicação de uma nova PPP para a gestão e prestação de cuidados de saúde no Hospital de Loures, o que nunca se veio a verificar.

Em 2020, a Luz Saúde também sinalizou não ter interesse em continuar a PPP de Loures após 2022.

Relativamente à última PPP em operação, o hospital de Cascais, em maio de 2020, o Governo deu a autorização para o lançamento de um concurso público internacional para uma nova PPP. Em 2021 o processo para a nova PPP em Cascais começou a avançar, mas o parceiro privado atual, a Lusíadas Saúde, acabou por desistir de concorrer ao concurso porque a proposta do Estado parecia não garantir a sustentabilidade financeira, de acordo com o parceiro privado. É assim incerto qual será o desfecho para o Hospital de Cascais, até ser conhecido o resultado do concurso.

Sabemos que a referência relevante para a escolha entre um modelo PPP e a aquisição pública convencional não é o modelo que oferece o preço mais baixo, mas sim o equilíbrio mais atrativo entre o preço e a qualidade da infraestrutura e dos serviços relacionados (Ng et al., 2010; Petersen, 2019; Sarmiento & Renneboog, 2017; Yang et al., 2010), sendo que os fatores críticos de sucesso do modelo PPP podem ser classificados em cinco categorias: fatores técnicos; fatores financeiros e económicos; fatores sociais; fatores políticos e jurídicos; outros

fatores. Identificámos as três categorias que devem ser medidas aquando da implementação e operacionalização de projetos PPP: i) custos; ii) qualidade; iii) *VfM*.

Tendo em conta estas três categorias, importa resumirmos os resultados obtidos pela nossa investigação (Tabela 84).

Tabela 84 – Resultados da investigação

Hospital	Custo (M€)	Qualidade (Satisfação)	<i>VfM</i> (M€)
Hospital Vila Franca de Xira	-127	Utentes dos hospitais PPP estão mais satisfeitos que os utentes dos hospitais EPE. A diferença é estatisticamente significativa (t = 8,932; p < 0,001).	56,5
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	-58,22		40,4
Hospital Beatriz Ângelo - Loures	-346,12		167,1
Hospital de Braga	-200,1		199,1
Total	-731,44		463,1

Fonte: TC (2019, 2021), ERS (2016) & UTAP (2016c; 2017b; 2019a; 2019b)

Relativamente aos ‘custos’, apresentamos os valores comparativos entre o valor do CSP e da *Best and Final Offer* (BAFO) para os projetos PPP relativos aos Hospitais Portugueses, sendo que, notoriamente, se verifica um custo mais baixo, pela via da adoção do modelo PPP, na ordem dos 730M€.

No que ao apuramento do *VfM* diz respeito, os resultados apontam claramente para a obtenção de um *VfM* (na ordem dos 460M€) positivo por parte do Estado Português, logo para o contribuinte, sendo que para todos os projetos pertencentes à nossa amostra foi comprovado um valor de investimento inferior ao CSP aferido numa fase *ex ante*. Tendo em conta que todos os dados analisados não calculam as poupanças para o total do período de execução dos contratos de gestão, podemos extrapolar que a poupança global para o período total dos contratos de gestão será tendencialmente superior ao previsto aquando das estimativas iniciais. Se estimarmos poupanças médias iguais à média obtida até agora, em cada hospital, então poder-se-á antever poupanças globais superiores para o Estado.

Finalmente, quanto à ‘qualidade’, os nossos resultados apontam para uma maior satisfação dos utentes face à utilização dos hospitais PPP, sendo certo que o parceiro privado está condicionado no que concerne à sua eficácia. Este condicionalismo advém das limitações ao nível dos recursos disponibilizados contratualmente pelo parceiro público, que podem não satisfazer as exigências impostas pela população, que acaba por ser mais exigente face à entrega da gestão do Hospital a um parceiro privado. Estas limitações podem justificar, ainda que positiva, o grau de satisfação dos utentes dos hospitais PPP. Não podemos deixar de referir que as nossas conclusões corroboram, de alguma forma, as conclusões de Nunes (2020) que verificou que os hospitais PPP, entre 2013 e 2017, foram mais eficientes que os

hospitais EPE, apresentando também melhores resultados em termos de produtividade, concluindo também que a passagem do modelo EPE para o modelo PPP teve como consequência um aumento de produtividade nas Unidades Hospitalares.

Não obstante as conclusões acima, importa referir que de acordo com os nossos resultados, a população portuguesa não está devidamente informada e esclarecida quanto ao modelo PPP na área da saúde.

Verificámos também que existe um défice no que às tarefas de gestão contratual executadas pelo parceiro público dizem respeito. Esta conclusão corrobora a conclusão já apresentada por Silvestre e Araújo (2012) que concluíram que não obstante os méritos alcançados pelo modelo PPP, os estudos de caso demonstraram a falta de preparação e de competências do Estado, para a implementação de projetos PPP de sucesso, bem como a ausência de procedimentos de acompanhamento sólidos. Este défice do Estado não impediu que os níveis de produção dos quatro hospitais PPP cumprissem o estipulado contratualmente com o Estado, sendo que alguns dos não cumprimentos registados se ficaram a dever a restrições impostas pelo parceiro público, algumas vezes de forma unilateral, ao parceiro privado. Assim, conseguimos concluir que o desempenho (ao nível da produção), das PPP no setor da Saúde, foi adequado ao longo do período analisado, em função do acordado contratualmente com o Estado.

Comparando a *performance* dos hospitais EPE com os hospitais PPP, concluímos que, e de uma forma geral, os hospitais PPP registam uma *performance* superior não obstante as limitações impostas pela negociação anual de produção com o parceiro público.

Por último concluímos que os quatro Hospitais PPP atingiram os objetivos traçados em termos de benefícios sociais, apresentando em geral uma melhoria contínua dos serviços prestados à população, assim como das instalações e do seu equipamento. Nos casos em que não se verifica essa melhoria, verifica-se que houve insuficiências do parceiro público, nomeadamente no cálculo da produção necessária para a satisfação do crescimento da procura dos serviços de saúde.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E FUTURA INVESTIGAÇÃO

Qualquer investigador deverá ter presente que a validade do seu estudo será sempre questionável, isto porque por mais que se tente tornar a investigação estruturalmente válida e robusta, existem sempre algumas limitações. Apesar das limitações que apresentaremos de seguida, as mesmas poderão ser entendidas como sugestões para trabalhos futuros.

Uma das limitações iniciais desta investigação prende-se com a ausência de alguns dados relativos a alguns indicadores que faziam parte das dimensões selecionadas. Tal como a IGAS (2018) refere, a ACSS não dispõe de informação completa quanto à dimensão económica-financeira para 3 hospitais PPP (Cascais, Loures e VFX). Este facto limitou o nosso estudo no que à comparação entre hospitais EPE e PPP diz respeito, concretamente na comparação dos indicadores económico-financeiros.

Outra limitação encontrada advém do facto de que a nossa investigação decorreu num período de pandemia, tendo resultado numa limitação da divulgação do questionário à população. Face às restrições impostas pela COVID-19 nos anos de 2020 e 2021, foi-nos impossível aplicar o questionário de uma forma mais abrangente, que nos permitisse chegar a outro tipo de população, nomeadamente aos utentes que não dispõem de ferramentas digitais ou que não conseguem ter acesso a meios informáticos.

Não obstante a técnica de questionário ser amplamente aceite pela comunidade científica, sendo este instrumento amplamente utilizado na investigação científica de características teórico-empíricas (Fachin, 2005; Hair Jr. et al., 2005), temos de realçar algumas limitações relacionadas com a utilização desta ferramenta. Assim, no nosso trabalho realçamos a limitação relativa à exclusão de respondentes que não sabem ler/escrever, o que poderá levar a algumas deformações nos resultados da investigação. Adicionalmente, tendo em conta o método de aplicação do questionário (*online*), estamos impedidos de conhecer as circunstâncias em que foi respondido, o que se poderá traduzir numa ausência de avaliação da qualidade das respostas obtidas. Finalmente, não podemos deixar de realçar a limitação quanto à objetividade, pois as questões podem ter significados diferentes para cada respondente.

Adicionalmente, tendo em conta que o nosso trabalho foi elaborado num período de tempo definido, não nos permite verificar, à presente data, se ocorreram alterações ocorridas ao longo do tempo de análise e tratamento dos dados.

Por último, de realçar a limitação relacionada com o défice de estudos levados a cabo sobre a temática das PPP hospitalares em Portugal. Este facto não nos permitiu uma discussão mais alargada.

Tendo em conta que foram identificadas as unidades hospitalares EPE com maior diferencial de *performance*, por *cluster* hospitalar, sugere-se que estes hospitais possam ser

investigados futuramente, de uma forma mais aprofundada, em estudos de caso, por forma a entender se a aplicação do modelo PPP nestes casos poderia suprir tais diferenças de desempenho.

Tendo em conta que só em 2022 terminaram as 3 PPP hospitalares (VHX, Loures e Cascais), será relevante em futuros estudos analisar a evolução destas 3 unidades hospitalares, relativamente à sua *performance*, satisfação dos utentes e resultados económicos, comparando-os com os resultados obtidos nos 10 anos de gestão no modelo PPP, tentando assim perceber se a reversão do modelo PPP para um modelo de gestão puramente público foi a decisão mais acertada.

Também como trabalho futuro, será relevante investigar esta temática sob o ponto de vista da satisfação dos profissionais de saúde, quando enquadrados profissionalmente num hospital gerido num modelo PPP, comparando com os resultados de profissionais integrados em unidades hospitalares EPE.

Por fim, sugere-se também uma análise dos nossos resultados tendo por base a localização geográfica dos hospitais EPE, de forma a averiguar se existe alguma relação entre os diferenciais de performance das unidades hospitalares EPE e a região do país na qual estão inseridas.

6. CONCLUSÕES

A presente existência de um debate aberto sobre as vantagens do modelo PPP e a consequente estimativa dos benefícios obtidos pela sua utilização (De Marco & Mangano, 2013; Hellowell, 2016; Mota & Moreira, 2015), particularmente na área da saúde, leva a que este modelo de gestão seja controverso entre os académicos (De Marco & Mangano, 2013; Kosycarz et al., 2019; Martimort & Pouyet, 2008).

Como já vimos, esta controvérsia traduz-se numa discordância entre análises puramente económico-financeiras e a perceção da qualidade e satisfação com o serviço prestado, aquando da tomada de posição e consequente decisão relativamente a este modelo de gestão, quer no que diz respeito à sua reversão, adjudicação ou consequente renovação.

A literatura apresenta uma grande lacuna no conhecimento devido à escassez de investigação que analise o impacto do modelo em apreço, no que concerne à qualidade e satisfação do serviço prestado, existindo orientações limitadas para os decisores sobre as circunstâncias em que o modelo é suscetível de produzir bons resultados. A literatura também sugere uma maior concentração em avaliações rigorosas do modelo PPP, com ênfase na qualidade como critério de desempenho. A nossa investigação permitiu contribuir para mitigar esta lacuna, apresentando dados relativos à qualidade e satisfação dos utentes, face à utilização de unidades hospitalares a operarem ou que já operaram em sob este modelo.

No que diz respeito à satisfação dos utentes, concluímos que os utentes dos hospitais PPP estão mais satisfeitos quando comparado com os utentes dos hospitais EPE, sendo esta diferença estatisticamente significativa. No entanto, o desconhecimento sobre a realidade dos hospitais PPP, por parte dos utentes que recorrem a hospitais EPE, não permite que tenham uma referência para comparação. Ou seja, a avaliação efetuada é realizada de forma absoluta e não relativa, o que pode justificar o facto dos utentes que avaliaram os hospitais EPE não apresentarem diferenças estatisticamente significativas da relação entre a Qualidade e a Satisfação em função do nível de escolaridade. Por outro lado, sabemos que os utentes são mais cautelosos, quanto à avaliação da qualidade do serviço quando este é entregue por via de um modelo PPP. Concluímos também que utentes mais escolarizados são mais exigentes, tanto em relação aos hospitais PPP como com os EPE, sendo que no caso dos hospitais PPP o nível de escolaridade modera a relação entre a Qualidade e a Satisfação.

Concluímos que a população revela de facto uma iliteracia face ao modelo PPP aplicado ao setor da saúde, surgindo assim sentimentos de injustiça, influenciados pelas informações que são transmitidas, quer por programas eleitorais, quer por campanhas de comunicação das várias forças políticas. Ou seja, torna-se claro que para a população Portuguesa, pouco letrada no tema das PPP, todas as informações que retratem resultados negativos, do modelo na saúde, tendem a gerar, de acordo com a teoria das trocas sociais, um sentimento de injustiça

distributiva. As forças políticas do espectro mais à esquerda tendem a disseminar informações que relatam resultados negativos do modelo de gestão. Os resultados para além de não serem negativos, muito pelo contrário, deram ainda origem a pareceres oficiais do Estado que sugerem a sua renovação.

Concluimos que, em Portugal, o modelo PPP, aplicado ao setor da saúde, afigura-se como vantajoso, não só no que concerne aos resultados economico-financeiros, mas também quanto à qualidade da prestação dos serviços e satisfação dos utentes, não obstante o baixo grau de literacia da população face a este modelo de gestão. Quanto aos resultados economico-financeiros, concluimos de forma clara que para além de um custo mais baixo em momento *ex ante*, comparando o custo do projeto a ser desenvolvido num modelo de gestão puramente público com o custo apresentado pelos parceiros privados, foi também possível, em momento *ex post* garantir um *VfM* que se traduziu num valor a rondar os 465M€ de poupança, no conjunto dos 4 hospitais PPP, para o parceiro público.

Relativamente à qualidade do serviço prestado pelos quatro hospitais PPP, concluimos que na generalidade dos indicadores analisados, a *performance* destas unidades hospitalares foi superior à *performance* registada nos quatro hospitais EPE comparados do mesmo *cluster*. Quando comparamos a *performance* dos hospitais PPP com a totalidade das unidades EPE, do mesmo *cluster*, concluimos que a *performance* dos quatro hospitais PPP se apresentou em linha com a média da totalidade dos hospitais EPE. Ou seja, não se verificou um decréscimo da qualidade do serviço prestado pelo modelo PPP, antes pelo contrário. Esta conclusão está em linha com as conclusões do trabalho desenvolvido por Ferreira e Marques (2021) onde os autores utilizam metodologias robustas de *benchmarking*, juntamente com dados recentes sobre os hospitais Portugueses (entre 2012 a 2017), para demonstrar que, na realidade, os hospitais PPP podem prestar serviços de saúde com níveis de desempenho pelo menos tão bons como os hospitais públicos EPE.

Os nossos resultados permitem-nos concluir que o modelo PPP representou uma tentativa de reposicionamento do sistema de saúde pelo governo Português, tal como sugerido por Tuohy (2001). Este reposicionamento permitiu unir a lógica da eficácia e da eficiência, centrando-se num objetivo tridimensional: i) permitir que as entidades públicas tenham acesso ao capital privado e a uma melhor gestão; ii) permitir que o setor público beneficie da experiência do setor privado, que o Estado tenha acesso a tecnologias de forma menos dispendiosa e, sobretudo, que haja uma redistribuição dos riscos, desde a segurança na prestação de serviços até à extensão das infraestruturas e serviços de saúde; e iii) utilizar, de forma inteligente, a flexibilidade e a exatidão do setor privado para contrabalançar a lentidão dos regulamentos e procedimentos do setor público, permitindo assim um melhor ajuste dos meios do Estado aos seus objetivos.

Como demonstrámos, o acesso ao capital privado, pelo Estado, foi conseguido para os quatro projetos PPP em momento *ex ante*, assegurando a construção das quatro unidades hospitalares, sendo que a melhor gestão dos parceiros privados fica clara quando percebemos que o serviço prestado não é comprometido mesmo quando é executado a um custo mais baixo. Por outro lado, concluímos que o parceiro público não aproveitou os 10 anos de experiência acumulada, demonstrando um grande défice no que concerne às tarefas de gestão contratual e continuando a não aplicar, aos estabelecimentos EPE, as métricas de desempenho exigidas aos hospitais PPP.

Whiteside (2011) refere que, no caso dos hospitais PPP, o historial de infraestruturas concluídas fora do prazo e mais dispendiosas, valor questionável do *VfM* e custos financeiros mais elevados, representam mais as ambições políticas dos governos do que uma preocupação tecnocrática de escolher a forma mais eficiente de responder à necessidade no setor da saúde em termos de benefícios sociais.

Ora, a nossa investigação leva-nos a conclusões que, por um lado, demonstram que a ideologia dos partidos políticos de facto distorce a objetividade aquando da tomada de posição quanto ao modelo PPP e, por outro lado, contrariam a ideia de Whiteside (2011), pois os quatro projetos PPP foram concluídos dentro do prazo, foram menos dispendiosos e geraram um valor inquestionável de *VfM* para o contribuinte.

O modelo PPP, para ser considerado como bem-sucedido, deverá percorrer todo o seu ciclo de vida e alcançar os objetivos preconizados, tais como fornecer bens públicos em quantidade e qualidade suficientes, melhorar a eficiência e proporcionar um *VfM*, cumprindo em simultâneo os objetivos sociais a que se propôs, tais como uma maior equidade em áreas menos desenvolvidas como são as da saúde, satisfação das partes interessadas e conservação de recursos. Assim, não obstante o *VfM* gerado pelo modelo PPP nos quatro hospitais analisados em Portugal, os menores custos de construção e a *performance* superior face a hospitais EPE, concluímos que ainda assim o governo Português optou sempre pela reversão do modelo PPP para um modelo público, estando ainda por desvendar a decisão quanto ao último hospital que ainda tem um modelo de gestão PPP (Cascais).

Perante os dados e a investigação levada a cabo no presente trabalho, não encontramos nenhuma outra justificação, para as sucessivas reversões do modelo PPP em Portugal, a não ser um preconceito ideológico face ao modelo de gestão em apreço. Este preconceito está em linha com as nossas conclusões, relativas às posições públicas dos partidos políticos que suportavam o governo à data das tomadas de decisão quanto ao modelo PPP, ou seja, partidos que tendencialmente seguem os princípios do Estado de Bem-Estar (*welfare state*). Ao longo do tempo, estes partidos sempre demonstraram a sua intenção de proibir de forma categórica este modelo de gestão na área da saúde, sem qualquer interesse ou suporte em resultados

de eficácia e eficiência, ou de responder às necessidades do setor da saúde em termos de benefícios sociais para a população.

A literatura diz-nos que os modelos PPP na saúde têm sido, na maioria dos casos, uma resposta a um problema ou situação política específica, tendo como lacuna comum a ausência de qualquer avaliação formal do resultado do projeto. A nossa investigação permite concluir e reforçar a ideia defendida por Peters (1989), que grande parte da seleção dos modelos de gestão (ou instrumentos) é feita pelos decisores políticos, através da sua familiaridade, tradição política, ou parcialidade profissional, sendo que, quando adicionamos um pano de fundo ideológico ao termo 'Parceria', este parece menos prático e mais instrumental e/ou oportunista (Linder, 1999). Esta conclusão tem por base as convicções ideológicas, face ao modelo PPP, transmitidas por cada força política ao longo dos anos, sem nunca verificarmos uma mudança de posição, nem mesmo quando são apresentados resultados positivos do modelo, como é o caso particular português. Ou seja, independentemente da mais-valia do modelo de gestão ou dos resultados apurados, a posição e a decisão quanto à sua utilização parece estar sempre condicionada à ideologia da força política que esteja no governo à data.

As orientações políticas que seguem os princípios do Estado mínimo liberal são mais favoráveis a modelos de privatização; no entanto, sabemos que termos como 'subcontratação' e 'privatização' geram imediatamente uma controvérsia ideológica, sendo o termo 'PPP' visto como mais aceitável. O nosso trabalho indica que, de facto, a ideologia política tem uma grande influência na decisão da escolha de modelos de gestão, particularmente no que diz respeito ao modelo PPP aplicado ao setor da saúde.

Parece-nos claro que não podemos concluir outra coisa que não seja admitir que o modelo PPP é politicamente instrumentalizado, não sendo visto pelos governos, em Portugal, como um instrumento de gestão que possa melhorar as condições de saúde da população, nem gerar poupanças para o contribuinte. Parece-nos que os resultados do modelo são sempre colocados em segundo plano face às convicções ideológicas da força política que esteja num dado momento no governo de Portugal.

Esta conclusão leva a que quaisquer projetos PPP (especialmente aqueles com integração de serviços clínicos) estejam condenados ao insucesso, a menos que exista um ambiente político mais consensual e estável. Em Portugal, o aparente insucesso, demonstrado pelas reversões do modelo, é inconsistente com os resultados apresentados. Este insucesso aparente advém dos anúncios de extinção do modelo PPP nos vários hospitais que operavam neste modelo, sem que se encontre uma explicação empírica que permitisse tal decisão. Assim, o governo transmite a ideia errada à população, de que os resultados alcançados pelo modelo de gestão PPP foram negativos, gerando-se cada vez mais a ideia generalizada que esse modelo é prejudicial para os cuidados de saúde à população.

O nosso estudo apoia o já argumentado por Simões e Marques (2011), permitindo-nos concluir que qualquer decisão relacionada com o modelo PPP requer uma consideração cuidada das necessidades dos utentes e dos prováveis impactos económicos e sociais, e não deve ser determinada por uma vontade, convicção, ou moda ‘politizada’, devendo ser sempre apoiada por uma sólida abordagem técnica e profissional. O que percebemos, após concluído o nosso trabalho, é que todas as decisões tomadas pelo governo Português não tiveram em conta estas considerações.

Como reflexão final, parece-nos importante realçar que as constantes mudanças sociais e as alterações das orientações governativas, obrigam a adaptações e evoluções constantes nas metodologias de gestão aplicadas em cada momento no contexto da Administração Pública. As consequências negativas, quer a nível macro, quer organizacional, da ausência de uma atitude que consagre uma gestão e responsabilização por objetivos e custos, tornam imperativo o reforço da gestão na Administração Pública, particularmente no setor da saúde. Tendo em conta esta ideia, parece-nos que o conceito de gestão organizacional, quando aplicado à Administração Pública, encerra um papel fundamental que consagra não só a gestão do dinheiro público, mas também a gestão dos direitos e garantias dos cidadãos.

Assim, como sabemos, a fonte de receita do Estado advém dos contribuintes que, em última instância, se reflete na prestação de serviços básicos à população, entre eles a prestação de um serviço de cuidados de saúde, tendencialmente gratuito. Se abordarmos este tema de forma despolitizada e apenas em termos de gestão, percebemos que o Estado deverá aplicar as receitas geradas (impostos dos contribuintes) em modelos de gestão que, em simultâneo, garantam um custo mais baixo e uma qualidade de serviço de acordo com os padrões de exigência e que satisfaçam as necessidades dos clientes (utentes). Se assim fosse, tendo em conta os resultados apresentados ao longo do nosso trabalho, o modelo de gestão PPP, aplicado ao setor da saúde, deveria ser sempre considerado pelo seu valor acrescentado, independentemente da ideologia política do governo. O interesse público e o bem-estar social devem estar em primeiro lugar, ou seja, o Estado deverá sempre avaliar e aplicar todas as ferramentas e modelos de gestão que garantam estas premissas, independentemente da sua natureza.

Podemos discutir se ao aplicarmos o modelo PPP em excesso não estaremos a caminhar para uma total privatização do SNS. No entanto, uma vez que o modelo de gestão PPP aplicado em Portugal no setor da saúde nunca implica a passagem da propriedade da unidade hospitalar para o parceiro privado, de *per si* nunca levaria a uma completa privatização do SNS. Defendemos que a aplicação do modelo PPP deve ser considerada de forma casuística, e apenas se a mesma se revelar como vantajosa, o que logo à partida limitará a sua aplicação. Por outro lado, percebemos que os benefícios de ter os dois modelos a operar em simultâneo geram sinergias positivas, não só porque permitem comparar o desempenho da gestão

puramente pública com o desempenho dos parceiros privados, como também permitem que o Estado garanta um *know-how* diferenciado por via da monitorização e supervisão da gestão do parceiro privado.

Devíamos assim ter assistido, ao longo dos últimos 10 anos, a um aproveitamento do Estado de toda a experiência adquirida com os quatro projetos PPP e a aplicação dessa experiência nos hospitais EPE. Ora, o que concluímos é que não só o Estado não executou as tarefas de supervisão e monitorização do modelo PPP de forma eficaz, o que impediu que adquirisse novas competências em termos de gestão, como ainda nem sequer adequou o nível de serviço exigido aos hospitais EPE, em função do que é exigido aos hospitais PPP.

Tendo em conta o fim esperado em 2022 do modelo PPP, aplicado ao setor da saúde em Portugal, parece-nos claro que cada vez mais será difícil voltarmos a conseguir aplicar este modelo de gestão, não obstante os seus resultados positivos. Mesmo que existam novos concursos no futuro, temos de levar em linha de conta que os parceiros privados irão onerar, de forma contundente, o risco político. Ou seja, um contrato de gestão de um estabelecimento hospitalar a 10 anos, em condições normais engloba dois ciclos eleitorais, o que em última análise pode levar a dois governos constituídos por forças políticas distintas, logo a possibilidade de reversão das decisões contratualizadas. Assim, concluímos que pelo facto de a ideologia política parecer sobrepor-se sempre aos resultados do modelo, e tendo os parceiros privados esta mesma percepção, então a consequência será a existência de um risco político elevado e crescente que poderá inviabilizar a aplicação futura deste modelo de gestão hospitalar em Portugal.

Como demonstramos neste estudo, a não ser que se adote um claro pensamento baseado nos princípios da eficácia e da eficiência económica e social, e se invista numa comunicação clara e assertiva que permita um melhor conhecimento dos cidadãos em relação ao modelo PPP, então não será possível contribuir, de forma direta ou indireta, para a mudança de paradigma no modelo de gestão das unidades de saúde em Portugal.

REFERÊNCIAS

- Abramov, I. (2009). Building Peace in Fragile States - Building Trust is Essential for Effective Public-Private Partnerships. *Journal of Business Ethics*, 89(4), 481–494. <https://doi.org/10.1007/s10551-010-0402-8>
- Abramowitz, A. J. (2002). *Architect's essentials of contract negotiation*. John Wiley & Sons.
- Albalade, D., Bel, G., & Richard Geddes, R. (2017). How Much Vertical Integration? Contractual Choice and Public–Private Partnerships in the United States. *Review of Industrial Organization*, 51(1), 25–42. <https://doi.org/10.1007/s11151-016-9540-1>
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2013). *Relatório de Benchmarking, hospitais EPE/PPP*. (Relatório nº 15/2013). Ministério da Saúde.
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2020). *Benchmarking Hospitais Portugal*. Administração Central do Sistema de Saúde. 2020. Disponível em: <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>
- Akintoye, A., Hardcastle, C., Beck, M., Chinyio, E., & Asenova, D. (2003). Achieving best value in private finance initiative project procurement. *Construction Management Economics*, 21(5), 461–470. <https://doi.org/10.1080/0144619032000087285>
- Almeida, V. (2020). *Concessões e Parcerias Público-Privadas (PPP)*. Instituto de Ciências Jurídico-Políticas. Lisboa.
- Alvesson, M. & Sandberg, J. (2011). Generating research questions through problematization. *Academy of Management Review*, 36(2), 247–271. <https://doi.org/10.5465/amr.2009.0188>
- Allard, G., & Trabant, A. (2011). Public-Private Partnerships in Spain: Lessons and Opportunities. *International Business and Economics Research Journal*, 7(2). <https://doi.org/10.19030/iber.v7i2.3217>
- Aljoudimi, Y. I., Rejab, I. B., & Mohamed, Z. B. (2015). Service quality toward patient satisfaction the moderating role of time and efforts in public hospitals in Tripoli, Libya. *International Journal of Managerial Studies and Research*, 3(6), 97-116.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1991). Predicting the performance of measures in a confirmatory factor analysis with a pretest assessment of their substantive validities. *Journal of Applied Psychology*, 76(5), 732–740. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.76.5.732>

- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science e Medicine*, 52(9), 1359-1370. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00235-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00235-5)
- António, I. (2014). Parcerias Público-Privadas no Setor da Saúde: Análise e reflexão sobre alguns Aspetos Económico-financeiros. *Revista Eletrónica de Direito*, 2, 10-28.
- Aragon, S. J. & Gesell, S. B. (2003). A Patient Satisfaction Theory and Its Robustness Across Gender in Emergency Departments: A Multigroup Structural Equation Modeling Investigation, *American Journal of Medical Quality*, 18(6), 229-241. <https://doi.org/10.1177/106286060301800603>
- Arbuckle, J. (2008). *Amos 17.0 user's guide*. Amos Development Corporation.
- Asquith, A., Brunton, M., & Robinson, D. (2015). Political Influence on Public-Private Partnerships in the Public Health Setor in New Zealand. *International Journal of Public Administration*, 38(3), 179–188. <https://doi.org/10.1080/01900692.2014.929590>
- Athias, L., & Nunez, A. (2009). *The more the merrier? Number of bidders, information dispersion, renegotiation and winner's curse in toll road concession*. EPPP DP No. 2009–7. http://chaire-eppp.org/files_chaire/Athias-Nunez.pdf
- Athias, L., & Saussier, S. (2007). Contractual flexibility or rigidity for public private partnerships? Theory and evidence from infrastructure concession contracts. *EPPP DP No.* 2010–3. http://www.chaire-eppp.org/files_chaire/Athias-Saussier-2010.pdf
- Atkinson, A. B., & Stiglitz, J. E. (1980). Lectures on Public Economics. *The Economic Journal*, 91(362), 573–575.
- Atkinson, A. B., & Harrison, A. J. (1974). Wealth Distribution and Investment Income in Britain. *Review of Income and Wealth*, 20(2), 125–142. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4991.1974.tb00914.x>
- Badri, M. A., Attia, S., & Ustadi, A. M. (2009). Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: Testing for causality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 382–410. <https://doi.org/10.1108/09526860910964843>
- Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16(1), 74–94. <https://doi.org/10.1007/BF02723327>
- Bagozzi, R. P. (1980a). *Causal Models in Marketing*. John Wiley & Sons.
- Bagozzi, R. P. (1980b). *On the Construct Validity of the Expectancy-Value Model of Attitude*. Massachusetts Institute of Technology.

- Bartlett, M.S. (1954). A Note on the Multiplying Factors for Various Chi Square Approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, 16(2), 296-298.
- Barros, P. (2011). Sustentabilidade em saúde. In A. Fernandes (Ed.), *Inovação e sustentabilidade em saúde: equação impossível?* (1st ed., 97-113). Diário de Bordo.
- Barros, P. (2019). *Economia da Saúde* (4th ed.). Almedina.
- Barker, C., & Pistrang, N. (2005). Quality criteria under methodological pluralism: Implications for conducting and evaluating research. *American Journal of Community Psychology*, 35(3), 201–212. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-3398-y>
- Baru, R. V. & Nundy, M. (2008). Blurring of Boundaries: Public–Private Partnerships in Health Services in India. *Economic and Political Weekly*, 43(4), 62–71.
- Baumgartner, H., & Weijters, B. (2021). Dealing with Common Method Variance in International Marketing Research. *Journal of International Marketing*, 29(3), 7–22. <https://doi.org/10.1177/1069031X21995871>
- Bel, G., & Fageda, X. (2008). Reforming the local public setor: Economics and politics in privatization of water and solid waste. *Journal of Economic Policy Reform*, 11(1), 45-65. <https://doi.org/10.1080/17487870802134884>
- Bekefi, Z., Kiss, L. N., & Tanczos, K. (2003). Multicriteria Analysis of the Financial Feasibility of Transport Infrastructure Projects in Hungary. *Information Systems and Operational Research*, 41(1), 105–126. <https://doi.org/10.1080/03155986.2003.11732671>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Bendapudi, N., & Leone, R. P. (2002). Managing business-to-business customer relationships following key contact employee turnover. *Journal of Marketing* 66(2), 83-101. <https://doi.org/10.1509/jmkg.66.2.83.18476>
- Bentler, P. M. (1990). Fit Indexes, Lagrange Multipliers, Constraint Changes and Incomplete Data in Structural Models. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 163–172. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2502_3
- Bexell, M., & Mörth, U. (2010). *Democracy and Public-Private Partnerships in Global Governance*. Palgrave Macmillan.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. Wiley.
- Blaikie, N. (2000). *Designing social research: The logic of anticipation*. Polity.

- Blunch, N. J. (2008). *Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS*. Sage Publications Ltd.
- Boardman A. E., & Vining A. R. (2012). The political economy of public–private partnerships and analysis of their social value, *Annals of Public and Cooperative Economics*, 83(2), 117–141. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8292.2012.00457.x>
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118619179>
- Bolton, R. N., & Drew, J. H. (1991). A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *The Journal of Marketing*, 55(1), 1-9. <https://doi.org/10.2307/1252199>
- Boudreaux, E. D., & O'Hea, E. L. (2004). Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 26(1), 13–26. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2003.04.003>
- Boyer, E. J., & Scheller, D. S. (2018). An Examination of State-Level Public-Private Partnership Adoption: Analyzing Economic, Political, and Demand-Related Determinants of PPPs. *Public Works Management and Policy*, 23(1), 5–33. <https://doi.org/10.1177/1087724X17729097>
- Bowers, M. R., Swan, J. E., & Koehler, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Management Review*, 19(4), 49–55. PMID: 7896552
- Bradford, N. (2003). Public-private partnership? Shifting paradigms of economic governance in Ontario. *Canadian Journal of Political Science*, 36(5), 1005–1033. <https://doi.org/10.1017/S0008423903778949>
- Brennan, G., & Buchanan, J. (1980). *The power to tax: Analytical foundations of a fiscal constitution*. Cambridge University Press.
- Brown, P. J. (1982). Multivariate calibration (with discussion). *Journal of the Royal Statistical Society*, 44(3), 287-321. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1982.tb01209.x>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Browne, M. W. (1982). Covariance structures. In D. M. Hawkins (Eds.), *Topics in applied multivariate analysis*, 72-141. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511897375.003>
- Browne, M. W. (1984). Asymptotically distribution-free methods for the analysis of covariance structures. *British Journal of Mathematical and Statistical Society*, 37(1), 62-83. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1984.tb00789.x>

- Brux, J. (2010). The dark and bright sides of renegotiation: An application to transport concession contracts. *Utility Policy*, 18(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.jup.2009.07.003>
- Bryman, A., & Bell E. (2011). *Business Research Methods*. (3rd ed.). Oxford University Press.
- Bryman, A. (2004). *Social research methods*. (2nd ed.). Oxford University Press.
- Bryman, A. (2007). The Research Question in Social Research: What is its Role? *International Journal of Social Research Methodology*, 9(1), 5–20. <https://doi.org/10.1080/13645570600655282>
- Caballer-Tarazona, M., & Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review*, 6(17), 113-138. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5>
- Cabral, N. (2009). *As Parcerias Público-Privadas*. Livraria Almedina.
- Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Social Science e Medicine*, 27(1), 927–933. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90283-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90283-3)
- Calu, D. A., Stefanescu, A., Turlea, E., Dobrin, C., & Serban, R. (2011). Empirical research on the public-private partnership into the public hospitals from Romania. *African Journal of Business Management*, 5(34), 12996–13014. <https://doi.org/10.5897/AJBM11.1997>
- Camilleri, D., & O’Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127–133. <https://doi.org/10.1108/09526869810216052>
- Campos, A. (2008). *Reformas da saúde – o fio condutor*. Edições Almedina.
- Campos, A. (2017, 7 de fevereiro). Resultados Financeiros PPP. *Jornal Público*. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/02/05/sociedade/noticia/equipa-das-financas-diz-que-ppp-de-cascais-permitiu-poupar-8-milhoes-por-ano-1760627>
- Carrillo, P. M., Robinson, H. S., Anumba, C. J., & Bouchlaghem, N. M. (2006). A knowledge transfer framework: The PFI context. *Construction Management Economics*, 24(10), 1045–1056. <https://doi.org/10.1080/01446190600799224>
- Carter, E. D. (2015). Making the Blue Zones: Neoliberalism and nudges in public health promotion. *Social Science & Medicine*, 133, 374–382. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.019>
- Carvalho, J. M. S. (2009). *Gestão e Marketing*. Edições Sílabo.

- Carvalho, M. T. G. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no setor da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal* (Tese de Doutoramento). Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/>
- Caselli, S. Vecchi, V., & Corbetta, G. (2015). *Public Private Partnerships for Infrastructure and Business Development*. Palgrave Macmillan.
- Cassell, C., & Symon, G. (2004). *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. SAGE Publications Ltd.
- Cassell, C. M., & Symon, G. (2012). *Qualitative organizational research: core methods and current challenges*. Sage Publications Ltd.
- Chambers, N., Sheaff, R., Mahon, A., Byng, R., Mannion, R., Charles, N., Exworthy, M., & Llewellyn, S. (2013). The practice of commissioning healthcare from a private provider: learning from an in-depth case study. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-S1-S4>
- Chang, C. S., Chen, S. Y., & Lan, Y. T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*, 13(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-22>
- Cheng, Z., Ke, Y., Yang, Z., Cai, J., & Wang, H. (2020). Diversification or convergence: An international comparison of PPP policy and management between the UK, India, and China. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 27(6), 1315–1335. <https://doi.org/10.1108/ECAM-06-2019-0290>
- Cho, Y. J., & Poister, T. H. (2013). Human Resource Management Practices and Trust in Public Organizations. *Public Management Review*, 15(6), 816–838. <https://doi.org/10.1080/14719037.2012.698854>
- Choi, K. S., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: Comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*, 19(3), 140–149.
- Churchill, G. A. (1979). A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs. *Journal of Marketing Research*, 16(1), 64–73. <https://doi.org/10.2307/3150876>
- Clarke, J. & Newman, J. (1997). *The managerial state*. Sage.
- Comendeiro-Maalo, M., Ridao-Lopez, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. (2019). A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy*, 123(4), 412–418. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.009>

- Comissão Europeia (2014). *Reforço do papel do setor privado no crescimento inclusivo e sustentável nos países em desenvolvimento*. CE. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2014_2019/documents/com/com_com\(2014\)0263_/com_com\(2014\)0263_pt.pdf](https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2014_2019/documents/com/com_com(2014)0263_/com_com(2014)0263_pt.pdf)
- Cook K. S., Cheshire C., Rice W., & Nakagawa S. (2013). Social Exchange Theory. In J. DeLamater & A. Ward (Eds.), *Handbook of Social Psychology: Handbooks of Sociology and Social Research* (pp. 61-88). Springer.
- Cordeiro, S. (2008). *Estruturas organizacionais emergentes de parcerias público-privadas* (Tese de Doutoramento). Repositório da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>
- Crampes, C., & Estache, A. (1998). Regulatory trade-offs in the design of concession contracts. *Utilities Policy*, 7(1), 1–13. [https://doi.org/10.1016/S0957-1787\(98\)00003-4](https://doi.org/10.1016/S0957-1787(98)00003-4)
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *The Journal of Marketing*, 56(3), 55. <https://doi.org/10.2307/1252296>
- Cronin, J. J., Brady, M. K., & Hult, G. T. M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193–218. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(00\)00028-2](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(00)00028-2)
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cruz, C. O., & Sarmento, J. M. (2019). *Manual de Parcerias Público-Privadas e Concessões*. Edições silabo.
- Cruz, C. O., & Marques, R. C. (2012). Using probabilistic methods to estimate the public setor comparator. *Computer-Aided Civil and Infrastructure Engineering*, 27(10), 782–800. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8667.2012.00771.x>
- Cruz, C. O., & Marques, R. C. (2013). Using the Economic and Financial Reequilibrium Model to Decrease Infrastructure Contract Incompleteness. *Journal of Infrastructure Systems*, 19(1), 58–66. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)IS.1943-555X.0000110](https://doi.org/10.1061/(ASCE)IS.1943-555X.0000110)
- Cruz, C. O., & Marques, R. C. (2013a). Exogenous determinants for renegotiation of public infrastructure concessions. *Journal of Construction Engineering and Management*, 139(9), 1082–1090. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000710](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000710)
- Cruz, C. O., & Marques, R. C. (2014). Theoretical considerations on quantitative PPP viability analysis. *Journal of Management in Engineering*, 30(1), 122–126. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000184](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000184)

- Cruz, C. O., Marques, R. C., & Cardoso, P. (2015). Empirical Evidence for Renegotiation of PPP Contracts in the Road Setor. *Journal of Legal affairs and Dispute resolution in Engineering and Construction*, 7(2). [https://doi.org/0.1061/\(ASCE\)LA.1943-4170.0000151](https://doi.org/0.1061/(ASCE)LA.1943-4170.0000151)
- Cruz, N. F., Simões, P., & Marques, R. C. (2013). The Hurdles of Local Governments with PPP Contracts in the Waste Setor. *Environment and Planning. Government and Policy*, 31(2), 292–307. <https://doi.org/10.1068/c111158>
- Cumming, D. (2007). Government policy towards entrepreneurial finance. Innovation investment funds. *Journal of Business Venturing*, 22(2), 193–235. <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2005.12.002>
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16–29. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.16>
- D’Espiney, J. (2019, 20 de maio). Opinião Pública. *Jornal de Negócios*. Disponível a partir de <https://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/mais-de-dois-tercos-defendem-ppp-na-saude>
- Dalton-Jez, O., Harvey-Rioux, S., Barrows, D., & MacDonald, H. I. (2012). Public-private partnerships in Canadian health care: A case study of the Brampton Civic Hospital. *OECD Journal on Budgeting*, 12(1), 1–14. <https://doi.org/10.1787/budget-12-5k9czxkbc9w>
- Dao, N. H., Marisetty, V. B., Shi, J., & Tan, M. (2020). Institutional quality, investment efficiency, and the choice of public–private partnerships. *Accounting and Finance*, 60(2), 1801–1834. <https://doi.org/10.1111/acfi.12514>
- Das, R., Jain, K. K., & Mishra, S. K. (2018). Archival research: a neglected method in organization studies. *Benchmarking: An International Journal*, 25(1), 138–155. <https://doi.org/10.1108/BIJ-08-2016-0123>
- Davidson, E., Edwards, R., Jamieson, L., & Weller, S. (2019). Big data, qualitative style: a breadth-and-depth method for working with large amounts of secondary qualitative data. *Quality & Quantity*, 53(1), 363–376. <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0757-y>
- De Marco, A., & Mangano, G. (2013). Risk and Value in Privately Financed Health Care Projects. *Journal of Construction Engineering and Management*, 139(8), 918–926. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000660](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000660)
- Deem, R. (1998). ‘New managerialism’ and higher education: the management of performances and cultures in universities in the United Kingdom. *International Studies in Sociology of Education*, 8(1), 47–70. <https://doi.org/10.1080/0962021980020014>

- Deem, R., & Johnson, R. (2000). Managerialism and university managers: Building new academic communities or disrupting old ones? In I. McNay (Ed.), *Higher education and its communities*, (pp. 65-84). SRHE and Open University Press.
- Denyer, D., & Tranfield, D. (2009). Producing a Systematic Review of Literature. In A. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Research Methods*, (pp. 671-689). Sage Publications Ltd.
- Denhardt, R. (2000). *Theories of public administration*. Harcourt Brace College Publishers.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Sage Publications, Inc.
- DGTF (2012). *Parcerias Público-Privadas e Concessões - Relatório de 2012* (Relatório nº 2012). Ministério das Finanças e da Administração Pública – Direcção-Geral do Tesouro e Finanças.
- Diamantopoulos, A., & Sigauw, J. A. (2000). *Introducing LISREL*. SAGE Publications, Ltd <https://dx.doi.org/10.4135/9781849209359>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 25(1), 173–192. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2966122>
- Doyle, G., Cafferkey, K. & Fullam, J. (2012). *The European Health Literacy Survey: Results from Ireland*. University College Dublin.
- Duarte, P. (2021, 21 de junho). Resultados Financeiros PPP. *Revista ECO*. Disponível a partir de <https://ldgroup.pt/ppp-hospital-loures-poupou-milhoes-ao-estado/>
- Dudkin, G., & Väilä, T. (2006). Transaction costs in public-private partnerships: A first look at the evidence. *Competition and Regulation in Network Industries*, 1(2), 307-330. <https://doi.org/10.1177/178359170600100209>
- Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money and Management*, 14(3), 9-16. <https://doi.org/10.1080/09540969409387823>
- Durant, R. F., & Legge, J. S., Jr. (2002). Politics, public opinion, and privatization in France: Assessing the calculus of consent for market reforms. *Public Administration Review*, 62(3), 307-323. <https://doi.org/10.1111/1540-6210.00181>

- Dutta, S., & Lahiri, K. (2015). Is provision of healthcare sufficient to ensure better access? An exploration of the scope for public-private partnership in India. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7), 467–474. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.77>
- EAHC (2013) European Agency for Health and Consumers. Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU, *European Union*, 70-281.
- Edkins, A. J., & Smyth, H. J., (2006). Contractual management in PPP projects: evaluation of legal versus relational contracting for service delivery. *Journal of Professional Issues in Engineering Education and Practice*, 132(1), 82–93. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)1052-3928\(2006\)132:1\(82\)](https://doi.org/10.1061/(ASCE)1052-3928(2006)132:1(82))
- Eicher, B. (2016). Selection of asset investment models by hospitals: examination of influencing factors, using Switzerland as an example. *International Journal of Health Planning and Management*, 31(4), 554–579. <https://doi.org/10.1002/hpm.2341>
- Eira, A. (2010). *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. (Tese de Mestrado). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/>
- Elleuch, A. (2008). Patient satisfaction in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(7), 692–705. <https://doi.org/10.1108/09526860810910168>
- Emerson, R. M. (1976). Social exchange theory. *Annual Review of Sociology*, 2(5), 335–362. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.02.080176.002003>
- Engel E., Fisher R., & Galetovic A. (2014). *The Economics of Public–Private Partnerships*. Cambridge University Press.
- Engel, E., Fischer, R., and Galetovic, R. (2009). Soft budgets and renegotiations in public-private partnerships. *Cowles Foundation Discussion Paper*, 1723, Yale University, New Haven, CT.
- Endeshaw, B. (2020). Healthcare service quality-measurement models: a review. *Journal of Health Research*, 35(2), 106–117. <https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0152>
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde (2016). *Estudo de avaliação das parcerias público privadas na saúde*. Obtido de: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1841/ERS_-_Estudo_PPP.pdf, consultado em janeiro de 2020.
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde (2020). *Sistema Nacional de avaliação em Saúde - SINAS@Hospitais: 2ª Publicação*. Obtido de: <https://www.ers.pt/media/3093/resultadossinas.pdf>, consultado em novembro de 2020.

- Estache, A., Guasch, J. L., & Trujillo, L. (2008). Multidimensionality and renegotiation: Evidence from transport-setor public-private partnership transactions in Latin America. *Review of Industrial Organization*, 35(2), 41–71. <http://dx.doi.org/10.1007/s11151-009-9225-0>
- EU (2013). *Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU* (Relatório nº EAHC/2011/Health/20). European Union. Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/032ee8ff-9507-4e97-ae3f-c7b534536c59/language-en>
- European Commission (2004). *Resource Book on PPP Case Studies*. EU, https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/pppresourcebook.pdf
- EXPH (2014). *Health and economic analysis for an evaluation of the public-private-partnerships in health care delivery across Europe*. EU.
- Fachin, O. (2005). *Fundamentos de Metodologia*, (4th ed.). Saraiva.
- Fawcett, S., Abeykoon, P., Arora, M., Dobe, M., Galloway-Gilliam, L., Liburd, L., & Munodawafa, D. (2010). Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global Health Promotion*, 17(4), 52-56. <https://doi.org/10.1177/1757975910383933>
- Fernandez, R. N., Carraro, A., & Hillbrecht, R. O. (2016). Eficiência, custos e benefícios em contratos de parcerias público-privadas. *Nova Economia*, 26(2), 369–392. <https://doi.org/10.1590/0103-6351/2935>
- Ferreira, M. (2020). *Comissão de saúde*. Parlamento da República Portuguesa.
- Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, 73, 100798. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100798>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230–235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.0000000000329>
- Finney, S. J. & DiStefano, C. (2006). Non-normal and Categorical data in structural equation modeling. In G. R. Hancock, & R. O. Mueller (Eds.). *Structural equation modeling: a second course* (pp. 269–314). Information Age Publishing.
- Firmino, S. (2014). *Parcerias público-privadas em Portugal: accountability, modelos e motivações subjacentes* (Tese de Doutoramento). Repositório da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/>

- Flyvbjerg, B., Holm, M. S., & Buhl, S. (2002). Underestimating Costs in Public Works Projects: Error or Lie? *Journal of the American Planning Association*, 68(3), 279–295. <https://doi.org/10.1080/01944360208976273>
- FMI - Fundo Monetário Internacional (2004). *Public-Private Partnerships Prepared by the Fiscal Affairs Department (in consultation with other departments, the World Bank, and the Inter-American Development Bank)*. FMI.
- Forrer, J., Kee, J. E., Newcomer, K. E., & Boyer, E. (2010). Public-Private Partnerships and the Public Accountability Question. *Public Administration Review*, 70(3), 475–484. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2010.02161.x>
- Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., McDonald, R., Scheaff, R., & Smith, L. (2008). What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(3), 178–184. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007163>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error: Algebra and Statistics. *Journal of Marketing Research*, 18(3), 382–388. <https://doi.org/10.1177/002224378101800313>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. <https://doi.org/10.2307/3151312>
- Friend, J. (2006). Partnership Meets Politics: Managing within the Maze. *International Journal of Public Sector Management*, 19(3), 261–77. <https://doi.org/10.1108/09513550610658222>
- Freitas, S. (2021, 25 de outubro). *Diretores da Urgência do Hospital de Braga demitem-se*. *Jornal Correio da Manhã*. Disponível a partir de <https://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/diretores-da-urgencia-do-hospital-de-braga-demitem-se>
- Frost, N. (2009). Do you know what I mean? The use of a pluralistic narrative analysis approach in the interpretation of an interview. *Qualitative Research*, 9(1), 9–29. <https://doi.org/10.1177/1468794108094867>
- Garvin, M. J. (2010). Enabling Development of the Transportation Public-Private Partnership Market in the United States. *Journal of Construction Engineering and Management*, 136(4), 402–411. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000122](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000122)

- Geddes, R. R., & Wagner, B. L. (2013). Why do US states adopt public-private partnership enabling legislation? *Journal of Urban Economics*, 78, 30–41. <https://doi.org/10.1016/j.jue.2013.05.003>
- George, L. K., Okun, M. A., & Landerman, R. (1985). Age as a Moderator of the Determinants of Life Satisfaction. *Research on Aging*, 7(2), 209–233. <https://doi.org/10.1177/0164027585007002004>
- Gera, K., & Rubtcova, M. (2018). Public-Private Partnership (PPP) in Health Care of Russia: sociological research. *Dilemas Contemporaneos-Educacion Politica & Valores*, 5(3). eISSN: 2007-7890.
- Gerth, H. H., & Mills, C. W. (1970). *From Max Weber: Essays in sociology*. Routledge and Kegan Paul.
- Gharaee, H., Tabrizi, J. S., Azami-Aghdash, S., Farahbakhsh, M., Karamouz, M., & Nosratnejad, S. (2019). Analysis of Public-Private Partnership in Providing Primary Health Care Policy: An Experience from Iran. *Journal of Primary Care and Community Health*. <https://doi.org/10.1177/2150132719881507>
- Girard, P., Mohr, R., Deller, S. & Halstead, J. (2009). Public-private partnerships and cooperative agreements in municipal service delivery. *International Journal of Public Administration*, 32(5), 370–392. <https://doi.org/10.1080/01900690902827267>
- Goldsmith, S. & Eggers, W. (2004). *Governing by network: The new shape of the public sector*. Brookings Institution Press.
- Gore, A. (1994). *Reinventar a administração pública (Reinventing government)*. Quetzal.
- Grout, P. (1997). The Economics of the Private Finance Initiative. *Oxford Review of Economic Policy*, 13(4), 53-66.
- Grout, P. (2003). Public and Private Sector Discount Rates in Public-Private Partnerships. *Economic Journal* 113(486), C62-C68.
- Grout, P. (2005). Value-for-Money Measurement in Public-Private Partnerships. *EIB Papers*, 10(2), 32–56.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O., & Peacock, R. (2005). Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. *Social Science & Medicine*, 61(2), 417–430. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.001>
- Greener, I. (2007). Are the assumptions underlying patient's choice realistic? a review of the evidence. *British Medical Bulletin*, 83(1), 249–258. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldm024>

- Grimsey, D., & Lewis, M. (2004). *Public-private partnerships*. Edward Elgar.
- Grimsey, D., & Lewis, M. K. (2005). Are Public Private Partnership's value for money? Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. *Accounting Forum*, 29(4), 345–378. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2005.01.001>
- Grimsey, D., & Lewis, M. (2007). *Public Private Partnerships and Public – The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance*. Edward Elgar.
- Grimsey, D., & Lewis, M. (2004). The Governance of Contractual Relationships in Public–Private Partnerships. *The Journal of Corporate Citizenship*, 3(15), 91-109. <https://doi.org/10.9774/gleaf.4700.2004.au.00010>
- Groenewoud, A. S. (2008). *It's your Choice! A Study of Search and Selection Processes, and the Use of Performance Indicators in Different Patient Groups*. Erasmus University.
- Guasch, J. L. (2004). *Granting and renegotiating infrastructure concessions—Doing it right*. World Bank.
- Guttman, L. (1954) Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika*, 19(1), 149–161.
- Haarmeyer, D., & Mody, A. (1998). Tapping the Private Sector. *The Journal of Structured Finance*, 4(2), 7–23. <https://doi.org/10.3905/jsf.4.2.7>
- Hair, J.F. Jr., Babin, B., Money, A. H. & Samouel, P. (2005). *Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração*. LB Ribeiro.
- Hall, D., & Lobina, E. (2004). Private and public interests in water and energy. *Natural Resources Forum*, 28(4), 268–277. <https://doi.org/10.1111/j.1477-8947.2004.00100.x>
- Hammami, M., Ruhashyankiko, J. F., & Yehoue, E. B., (2006). *Determinants of Public–Private Partnerships in Infrastructure*. International Monetary Fund, IMF Institute.
- Hardcastle, C., & Boothroyd, K. (2008). Risks Overview in Public-Private Partnership. *Public-Private Partnerships*, 31-57. <https://doi.org/10.1002/9780470690703.ch2>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. and Black, W. (1998) *Multivariate data analysis* (5th ed.). Prentice Hall.
- Hashim, H. A., Sapri, M., & Low, S.T. (2016). Public private partnership (PPP) facilities management for healthcare services in Malaysia The challenges of implementation. *Journal of Facilities Management*, 14(4), 350–362. <https://doi.org/10.1108/JFM-02-2016-0005>.
- Headley, D. E., & Miller, S. J. (1993). Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior. *Journal of Health Care Marketing*, 13(4), 32–41. PMID: 10131732

- Heald, D. (2003). Value for money tests and accounting treatment in PFI schemes. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 16(3), 342–371. <https://doi.org/10.1108/09513570310482291>
- Hellowell, M. (2016). The price of certainty: Benefits and costs of public–private partnerships for healthcare infrastructure and related services. *Health Services Management Research*, 29(1–2), 35–39. <https://doi.org/10.1177/0951484816639742>
- Hellowell, M., & Pollock, A. M. (2009). The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *Economic Affairs*, 29(1), 13–19. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0270.2009.01861.x>.
- Her Majesty's Treasury (HMT) (2007). *Managing public money*. The Stationary Office.
- Hjertqvist, J. (2000). *Swedish health-care reform: from public monopolies to market services*. Materials from conference on the future of health care in Quebec. Montreal Economic Institute.
- HM Treasury (2003a) *The Green Book: Appraisal and Evaluation in Central Government*. TSO.
- HM Treasury (2003b) *PFI: Meeting the Investment Challenge*. HMSO.
- Hodge, G. A., & Greve, C. (2008). The PPP phenomenon: performance and governance insights. *ANU Press*, 93-112.
- Hodge, G. A., & Greve, C. (2009). PPPs: The passage of time permits a sober reflection. *Economic Affairs*, 29(1), 33–39. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0270.2009.01864.x>.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Homans, G. C. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. Harcourt, Brace e World.
- Hsiao, W. C. (1994). 'Marketization'—the illusory magic pill. *Health Economics*, 3(6), 351–357. <https://doi.org/10.1002/hec.4730030602>
- Hughes, K., & Tarrant, A. (2020). *Qualitative Secondary Analysis*. SAGE Publications.
- Hughes, O. (2003). *Public management and administration. An Introduction* (3rd ed.). Palgrave Macmillan.
- Hughes, K., Hughes, J., & Tarrant, A. (2020). Re-approaching interview data through qualitative secondary analysis: interviews with internet gamblers. *International Journal of Social Research Methodology*, 23(5), 565–579. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1766759>
- IASIST (2016). *Portugal TOP 05 '16. A Excelência dos Hospitais* (Relatório nº 151118175124). IASIST. http://www.iasist.pt/archivos/publicacao_top5_2016_151118175124.pdf

- IGAS (2018). *Informação Síntese – Controlo e Monitorização dos Contratos de Gestão dos Hospitais PPP* (Relatório nº 78/2018 – PROC 18/2017-ESC-AIP). http://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/07/Proc_18_2017_ESC_AIP_inf_78_2018.pdf
- Iossa, E., & Saussier, S. (2018). Public private partnerships in Europe for building and managing public infrastructures: An economic perspective. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 89(1), 25–48. <https://doi.org/10.1111/apce.12192>
- Jackson, P. R., Easterby-Smith, M., & Thorpe, R. (2015). *Management and Business Research*. (5th ed.) Sage Publications Ltd.
- Jesus, J.M.C.R. (2016). *A Economia de John Maynard Keynes*. Tese de Doutoramento não publicada. Repositório da Universidade de Évora. <http://dspace.uevora.pt/rdpc/>
- Jin, X., & Doloi, H. (2008). Interpreting risk allocation mechanism in public–private partnership projects: an empirical study in a transaction cost economics perspective. *Construction Management and Economics*, 26(7), 707–721. <https://doi.org/10.1080/01446190801998682>
- Jin, X. H., & Zhang, G. (2011). Modelling optimal risk allocation in PPP projects using artificial neural networks. *International Journal of Project Management*, 29(5), 591–603. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2010.07.011>
- Johnston, J., & Gudergan, S. P. (2007). Governance of public—private partnerships: lessons learnt from an Australian case? *International Review of Administrative Sciences*, 73(4), 569–582. <https://doi.org/10.1177/0020852307083459>
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1996). *LISREL8: User's reference guide*. Scientific Software
- Juwaheer, T. D., & Kassean, H. (2006). Exploring Quality Perceptions of Health Care Operations. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 16(1–2), 89–111. https://doi.org/10.1300/J375v16n01_07
- Jütting, J. (1999). *Public-Private-Partnership and Social Protection in Developing Countries: The Case of the Health Setor*. University of Bonn.
- Kaiser, H. F. (1960). Directional statistical decisions. *Psychological Review*, 67(3), 160–167. <https://doi.org/10.1037/h0047595>
- Kayral, I. H. (2014). Perceived service quality in healthcare organizations and a research in Ankara by hospital type. *Ankara Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 22–34. ISSN: 2147-8724
- Kazemi, N., Ehsani, P., Abdi, F., & Bighami, M. K. (2013). Measuring hospital service quality and its influence on patient satisfaction: An empirical study using structural equation modeling. *Management Science Letters*, 3(7), 2125–2136. <https://doi.org/10.5267/j.msl.2013.06.005>

- Kerlinger, F. N. (1973). *Review of research in education*. F. E. Peacock.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H.B. (2000). *Foundations of Behavioral Research* (4th ed.). Thomson Learning.
- Khadaroo, I. (2008). The actual evaluation of school PFI bids for value for money in the UK public sector. *Critical Perspectives on Accounting*, 19(8), 1321–1345. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2007.05.001>
- Kim, J. (2014). Public–Private Infrastructure Cooperative. *Transportation Research Record: Journal of the Transportation Research Board*, 2450(1), 136–143. <https://doi.org/10.3141/2450-17>
- Koppenjan, J. F. M. (2005). The Formation of Public-Private Partnerships: Lessons from Nine Transport Infrastructure Projects in The Netherlands. *Public Administration*, 83(1), 135–157. <https://doi.org/10.1111/j.0033-3298.2005.00441.x>
- Kosycarz, E. A., Nowakowska, B. A., & Mikolajczyk, M. M. (2019). Evaluating opportunities for successful public-private partnership in the healthcare sector in Poland. *Journal of Public Health-Heidelberg*, 27(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0920-x>
- KPMG (2020). *Concessões e Parcerias Público-Privadas (PPP)*. Instituto de Ciências Jurídico-Políticas.
- Kwak, Y. H., Chih, Y., & Ibbs, C. W. (2009). Towards a Comprehensive Understanding of Public Private Partnerships for Infrastructure Development. *California Management Review*, 51(2), 51–78. <https://doi.org/10.2307/41166480>
- Laffont J. J. & Martimort D. (2002) *The Theory of Incentives: The Principal–Agent Model*. Princeton University Press.
- Laffont J. J. & Tirole J. (1993). *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*. MIT Press.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A., (1991). *Fundamentos de Metodologia Científica*. Atlas.
- Lattemann, C., Stieglitz, S., Kupke, S., & Schneider, A. (2009). Impact of PPPs to broadband diffusion in Europe. *Transforming Government: People, Process and Policy*, 3(4), 355–374. <https://doi.org/10.1108/17506160910997874>
- Lee, D. (2017). HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business*, 11(3), 491–516. <https://doi.org/10.1007/s11628-016-0317-2>
- Lee, D., & Kim, K. K. (2017). Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types. *International Journal of Quality Innovation*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40887-016-0010-5>

- Li, B. & Akintoye, A. (2003). An overview of public–private partnership. In A. Akintola, B. Matthias, & H. Cliff, (Eds.), *Public–Private Partnerships: Managing Risks and Opportunities* (pp. 120-143). Blackwell Science Ltd.
- Li, J. (2015). The Paradox of Performance Regimes: Strategic Responses to Target Regimes in Chinese Local Government. *Public Administration*, 93(4), 1152-1167. <https://doi.org/10.1111/padm.12197>
- Li, M., Lowrie, D. B., Huang, C.-Y., Lu, X.-C., Zhu, Y.-C., Wu, X.-H., Shayiti, M., Tan, Q.-Z., Yang, H.-L., Chen, S.-Y., Zhao, P., He, S.-H., Wang, X.-R., & Lu, H.-Z. (2015). Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(6), 497–504. <https://doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.02.003>
- Linder, S. H. (1999). Coming to terms with the public-private partnership - A grammar of multiple meanings. *American Behavioral scientist*, 43(1), 35–51. <https://doi.org/10.1177/00027649921955146>
- Linder, S. H., & Peters, B. G. (1989). Instruments of Government: Perceptions and Contexts. *Journal of Public Policy*, 9(1), 35–58. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00007960>.
- Link, Albert N. & Laura L. Bauer (1989). *Cooperative Research in U.S. Manufacturing*. Lexington Books.
- Liu, T., Wang, Y., & Wilkinson, S. (2016). Identifying critical factors affecting the effectiveness and efficiency of tendering processes in Public–Private Partnerships (PPPs): a comparative analysis of Australia and China. *International Journal of Project Management*, 34(4), 701-716. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2016.01.004>
- Lopes, H. & P. Magalhães (2006). *Estudo sobre perceções e atitudes em relação ao financiamento do SNS*. In J. Simões (Ed.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde* (pp. 137-187). Edições Almedina.
- Lopes, E. (20017). *Riscos e contratos públicos de gestão dos Hospitais em PPP: o Tribunal de Contas e os Contratos Públicos*. Instituto de Direito Económico Financeiro e Fiscal, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. <https://www.ideff.pt/xms/files/Iniciativas/2017/TCeCP-Eurico-Pereira-Lopes.pdf>.
- Lopez-de-Silanes, F., Shleifer, A., & Vishny, R. W. (1997). Privatization in the United States. *The RAND Journal of Economics*, 28(3), 447. <https://doi.org/10.2307/2556024>
- Lynch, J. & Schuler, D. (1990). Consumer evaluation of the quality services from an economics of information perspective. *Journal of Health Care Marketing*, 10(2), 6-22. PMID: 10105192

- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130–149. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130>
- Macário, M. D. R. M. R., Costa, J. D., & Ribeiro, J. A. M. (2015). Cross-sector Analysis of Four Renegotiated Transport PPPs in Portugal. *Transport Reviews*, 35(2), 226–244. <https://doi.org/10.1080/01441647.2015.1012755>
- Malhotra, N. K., Mukhopadhyay, S., Liu, X., & Dash, S. (2012). One, Few or Many?: An Integrated Framework for Identifying the Items in Measurement Scales. *International Journal of Market Research*, 54(6), 835–862. <https://doi.org/10.2501/IJMR-54-6-835-862>
- Malhotra, N. K. (2010). *Marketing Research: An Applied Orientation*. (6th ed.). SPSS.
- Makovaek, D. (2013). Public–private partnerships, traditionally financed projects, and their price. *Journal of Transport Economics and Policy*, 47(1), 143–155.
- Matias, M. (2021, 12 de janeiro). *Debate Presidencial*. RTP1.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. (3rd ed.). Edições Sílabo.
- Matos, A. A., & Nunes, A. M. (2016). Innovation in management of public hospitals in the Portuguese health system. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 5(2), 14–23. <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v5i2.290>
- Matos, A. A., & Nunes, A. M. (2019). Hospital management in Portugal: results compared between hospitals with public management and in public-private partnership. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.5585/rgss.v8i1.13674>
- Marques, R. C., & Berg, S. (2010). Revisiting strengths and limitations of regulatory contracts in infrastructure industries. *Journal Infrastructure Systems*, 22(3), 34–56. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)IS.1943-555X.0000294](https://doi.org/10.1061/(ASCE)IS.1943-555X.0000294)
- Marques, R. C., & Berg, S. (2011). Risks, Contracts, and Private-Setor Participation in Infrastructure. *Journal of Construction Engineering and Management*, 137(11), 925–932. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000347](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000347)
- Martimort, D., & Pouyet, J. (2008). To build or not to build: Normative and positive theories of public-private partnerships. *International Journal of Industrial Organization*, 26(2), 393–411. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000347](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000347)
- Martins, A. C., Marques, R. C., & Cruz, C. O. (2011). Public–private partnerships for wind power generation: The Portuguese case. *Energy Policy*, 39(1), 94–104. <https://doi.org/10.1016/j.enpol.2010.09.017>

- Maynard, A. (1994). Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service. *Social Science & Medicine*, 39(10), 1433–1445. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90238-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90238-0)
- McAlexander, J. H., Kaldenberg, D. O., & Koenig, H. F. (1994). Service quality measurement. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), 34–40. PMID: 10138734
- McKee, M., Edwards, N. & Atun, R. (2006) Public private partnerships for hospitals. *Bull World Health Organ*, 84(11), 890–896. PMCID: PMC2627548
- Merna, A., & Smith, N. J. (1999). Privately financed infrastructure in the 21st Century. *Proceedings of the Institution of Civil Engineers - Civil Engineering*, 132(4), 166–173. <https://doi.org/10.1680/icien.1999.31919>
- Milburn, A. (2004). *The future of public-private partnerships. Speech to the Public Private Partnership (PPP). Forum Conference.* https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46538/1/S2000676_en.pdf
- Miljanović, M. (2017). Psychosocial Determinants of Satisfaction with Hospital Care in Adult Patients Suffering from Advanced Cancer. *Acta Clinica Croatia*, 56(2), 218–226. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.02.04>
- Mills, D. E., Bradley, L. & Keast, R. (2021). NPG and Stewardship theory: remedies for NPM privatization prescriptions. *Public Management Review, Routledge* 23(1), 501-522. 10.1080/14719037.2019.1695883
- Mitchell, M. (2003). *An overview of public private partnerships in health.* Harvard. <https://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications>
- Ministério da Saúde (2019). *Cuidados de Saúde Hospitalares* (Relatório nº 15/2014). https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf
- Monteiro A. (2010). *Parcerias Público/Privadas na Saúde.* In R. Guilhermina, & R. Rui, (Eds.). *Gestão da Saúde* (1st ed., pp. 217-277). Prata e Rodrigues.
- Monteiro, R. S. (2005). Public-private partnerships: some lessons from Portugal. *EIB Papers*, 10(2), 72–81. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/44845/1/494495332.pdf>
- Mota, J., & Moreira, A. C. (2015). The importance of non-financial determinants on public–private partnerships in Europe. *International Journal of Project Management*, 33(7), 1563–1575. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.04.005>
- Morallos, D., & Amekudzi, A. (2008). The State of the Practice of Value for Money Analysis in Comparing Public Private Partnerships to Traditional Procurements. *Public Works Management & Policy*, 13(2), 114–125. <https://doi.org/10.1177/1087724X08326176>

- Mthethwa, S. R., & Chabikuli, N. J. (2016). Comparing repeat and first visit patients' satisfaction with service quality at medunsa oral health centre. *South African Dental Journal*, 71(10), 454-8. ISSN 0375-1562.
- Mudiyarabikwa, O., Tobi, P., & Regmi, K. (2017). Public-private partnerships to improve primary healthcare surgeries: clarifying assumptions about the role of private provider activities. *Primary Health Care Research & Development*, 18(04), 366-375. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000147>
- Mummalaneni V, Gopalakrishna P. (1995). Mediators vs. moderators of patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 15(4), 16. PMID: 10154639
- Murphy, T. J. (2008). The case for public-private partnerships in infrastructure. *Canadian Public Administration*, 51(1), 99-126. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2008.00006.x>
- NCPP - National Council for Public-Private Partnership. (2020). *National Council of Public-Private Partnerships (NCPPP) Workshops*.
- Ng, S. T., Wong, Y. M. W., & Wong, J. M. W. (2010). A Structural Equation Model of Feasibility Evaluation and Project Success for Public-Private Partnerships in Hong Kong. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 57(2), 310-322. <https://doi.org/10.1109/TEM.2009.2037142>
- Nikolic, I. A. & Maikisch, H. (2006). *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience*. The World Bank.
- Norusis, M. J. (1993). *SPSS for Windows: base system user's guide, release 6.0*. SPSS Inc.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Nunes, A. (2020). *Eficiência e produtividade nas unidades hospitalares em Portugal: análise comparada dos regimes PPP e E.P.E.* (Tese de Doutoramento). Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/>
- Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2019). The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 196-215. <https://doi.org/10.1002/hpm.2613>.
- Nunes, R. (2014). *Regulação da saúde* (3ª ed.). Vida Económica.
- Nunes, R., & Rego, G. (2010). *Gestão da saúde*. Prata e Rodrigues.
- Nunes, R. (2020, 18 de janeiro). *Opinião Pública*. Diário de Notícias. <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/hospital-publico-ou-ppp-populacao-de-loures-so-quer-ser-bem-atendida-11714724.html>

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- OECD (2008). *Public-Private Partnerships In pursuit of risk sharing and Value for Money*. OECD. <https://www.oecd.org/gov/budgeting/public-privatepartnershipsinpursuitofrisksharingandvalueformoney.htm>
- OECD (2013). *Government at a glance 2013*. OECD. http://www.oecd-ilibrary.org/governance/government-at-a-glance-2013_gov_glance-2013-en
- OCDE (2020). *Infrastructure investment*. OCDE. <https://doi.org/10.1787/8dacf707-en>
- Oliveira, M., Ribeiro, J., & Macário, R. (2016). Are we planning investments to fail? Consequences of traffic forecast effects on PPP contracts: Portuguese and Brazilian cases. *Research in Transportation Economics*, 59, 167–174. <https://doi.org/10.1016/j.retrec.2016.04.003>
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1993). *Reinventing government*. Penguin Group.
- Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance?. *Public Management Review*, 8(3), 377–387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>
- Osborne, S. P. (2009). *The new public governance?* (2nd ed.). Routledge.
- Osei-Kyei, R., & Chan, A. P. C. (2015). Review of studies on the Critical Success Factors for Public–Private Partnership (PPP) projects from 1990 to 2013. *International Journal of Project Management*, 33(6), 1335–1346. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.02.008>
- Osei-Kyei, R., & Chan, A. P. C. (2017). Implementation constraints in public-private partnership. *Journal of Facilities Management*, 15(1), 90–106. <https://doi.org/10.1108/JFM-07-2016-0032>
- O’reilly, D., & Reed, M. (2010). ‘Leaderism’: An evolution of managerialism in UK public service reform. *Public Administration*, 88(4), 960–978. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01864.x>
- Ozcan, Y. A., & Khushalani, J. (2017). Assessing efficiency of public health and medical care provision in OECD countries after a decade of reform. *Central European Journal of Operations Research*, 25(2), 325–343. <https://doi.org/10.1007/s10100-016-0440-0>
- Padma, P., Rajendran, C., & Sai Lokachari, P. (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals. *Benchmarking: An International Journal*, 17(6), 807–841. <https://doi.org/10.1108/14635771011089746>

- Pai, Y., & Chary, S. (2013). Dimensions of hospital service quality: a critical review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(4), 308–340. <https://doi.org/10.1108/09526861311319555>
- Pakdil, F., & Harwood, T. N. (2005). Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management & Business Excellence*, 16(1), 15–30. <https://doi.org/10.1080/1478336042000255622>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41. <https://doi.org/10.2307/1251430>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Partnerships UK (2011). *Partnerships UK Database*. <http://www.partnershipsuk.org.uk/puk-projects-database-search.aspx>
- Partnerships British Columbia. (2009). *Understanding public-private partnerships* (Relatório nº 4). Auditor General of British Columbia. https://www.bcauditor.com/sites/default/files/publications/files/oagbc-understanding-p3-public-private-partnerships_0.pdf
- PCP (2018). *Projeto de Lei 806/XIII/3.ª. Determina a redução de encargos e a reversão de Parcerias Público-Privadas*. Nota Técnica. Assembleia da República Portuguesa.
- Pedro, S., Ferreira, P. L., & Mendes, J. (2010). Application of statistical methods to the evaluation of patients satisfaction with hospital internment. *Revista Encontros Científicos - Tourism e Management Studies*, 6, 175–189.
- Pereira, P., Santos, J., & Afonso, M. (2005) *Economia e Finanças Publicas*. Escolar Editora.
- Pereira, C. (2014). *Fatores determinantes nas parcerias público-privadas: a aplicação prática em investimentos de âmbito municipal* (Tese de Doutoramento). Repositório do ISCTE-IUL. <https://repositorio.iscte-iul.pt/>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais A Complementaridade do SPSS* (6th Ed.). Edições Sílabo.
- Petersen, O. (2019). Evaluating the costs, quality, and value for money of infrastructure public-private partnerships: a systematic literature review. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 90(2), 227–244. <https://doi.org/10.1111/apce.12243>

- Peyrot, M., Philip, D. C., & Schnapf, D. (1993). Consumer satisfaction and perceived quality of out-patient health services. *Journal of Healthcare Marketing*, 13(1), 24–33. PMID: 10126027
- Pinto-Faria, J. (2015). *A análise de risco em investimentos do tipo de parcerias público-privadas* (Tese de Doutoramento). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/>
- Pita Barros, P., & de Almeida S. J. (2007). Health Systems in Transition - Portugal Health System review. *Health Systems in Transition*, 9(5).
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Pollitt, C., Birchall, J., & Putman, K. (1998). *Decentralising public service management*. Macmillan Press.
- Pollock, A., Shaoul, J. & Vickers, N. (2002). Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?. *British Medical Journal*, 324(7347), 1205–1209. <https://10.1136/bmj.324.7347.1205>
- Potter, C., Morgan, P., & Thompson, A. (1994). Continuous Quality Improvement in an Acute Hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 7(1), 4–29. <https://doi.org/10.1108/09526869410052445>
- PWC (2013). *Desafios da saúde em Portugal*. PWC. www.pwc.pt/saude/
- Queiroz, C. (2007). Public-Private Partnerships in Highways in Transition Economies. Transportation Research Record. *Journal of the Transportation Research Board*, 1996(1), 34–40. <https://doi.org/10.3141/1996-05>
- Reich, M. R. (2002). *Public–Private Partnerships for Public Health*. Center for Population and Development Studies.
- Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Setor da Saúde*. Vida Económica.
- Reidenbach, R. E., & Sandifer-Smallwood, B. (1990). Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing*, 10(4), 47–55. PMID: 10108701
- Reis, Elizabeth & Moreira, R. (1993). *Pesquisa de Mercados*. Edições Sílabo. Lisboa.

- Ribeiro, J.P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (1st Ed.). Legis Editora/Livpsic.
- Richardson, H. A., Simmering, M. J., & Sturman, M. C. (2009). A Tale of Three Perspectives. *Organizational Research Methods*, 12(4), 762–800. <https://doi.org/10.1177/1094428109332834>
- Rio, R. (2018). *A Reforma Estrutural do SNS*. PSD. <https://www.psd.pt/sites/default/files/2020-09/reforma-estrutural-psd-sns-set-2018-CEN.pdf>
- Rio, R. (2019). *Programa Eleitoral*. PSD. <https://www.psd.pt/sites/default/files/2020-09/Programa-Eleitoral-2019.pdf>
- Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are public–private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 113, 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
- Roshnee Ramsaran-Fowdar, R. (2008). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 104–124. <https://doi.org/10.1108/09526860810841192>
- Rousseau, D. M., Manning, J., & Denyer, D. (2008). 11 Evidence in Management and Organizational Science: Assembling the Field’s Full Weight of Scientific Knowledge through Syntheses. *The Academy of Management Annals*, 2(1), 475–515. <https://doi.org/10.1080/19416520802211651>
- Sachs, T., Tiong, R., & Qing Wang, S. (2007). Analysis of political risks and opportunities in public private partnerships (PPP) in China and selected Asian countries. *Chinese Management Studies*, 1(2), 126–148. <https://doi.org/10.1108/17506140710758026>
- Sahin, B., Yilmaz, F., & Lee, K. H. (2007). Factors affecting inpatient satisfaction: Structural equation modeling. *Journal of Medical Systems*, 31(1), 9–16.
- Samuelson, P. A., Nordhaus, W. D., Samuelson, P. A., & Samuelson, P. A. (1998). *Economics*. Boston. Irwin/McGraw-Hill.
- Santos, B., Soares, C., Trincão, C., Gomes, C., Fernandes, D., & Reis, J. (2007). *Parcerias Público-Privadas e Justiça. Uma análise comparada de diferentes experiências*. Observatório Permanente da Justiça Portuguesa. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Santos, M. (2019, 22 de dezembro). Resultados Financeiros PPP. *Jornal ECO - Revista Económica*. <https://eco.sapo.pt/2019/12/22/as-ppp-em-portugal-fazem-bem-a-saude-fazem/>

- Sarmiento, J. M. (2010). Do Public-Private Partnerships Create Value for Money for the Public Sector? The Portuguese Experience. *OECD Journal on Budgeting*, 10(1), 1–27. <https://doi.org/10.1787/budget-10-5km8xx3fgws5>
- Sarmiento, J. M., & Renneboog, L. (2017). Anatomia das Parcerias Público Privadas: A sua criação, financiamento e renegociações. *Julgar Online*, 1–61.
- Savas, E., (2000). *Privatization and Public–Private Partnerships*. Chatham House.
- Shukla, R., Singh, D. M., & Saxena, D. S. K. (2019). Consumer perception of hospitality services in JCI accredited hospitals at delhi – ncr: an exploratory research on growth of medical tourism. *Humanities & Social Sciences Reviews*, 7(1), 413–422. <https://doi.org/10.18510/hssr.2019.7147>
- Simmering, M. J., Fuller, C. M., Richardson, H. A., Ocal, Y., & Atinc, G. M. (2014). Marker Variable Choice, Reporting, and Interpretation in the Detection of Common Method Variance. *Organizational Research Methods*, 18(3), 473–511. <https://doi.org/10.1177/1094428114560023>
- Siemiatycki, M. (2009). Delivering Transportation Infrastructure through Public-Private Partnerships: Planning Concerns. *Journal of the American Planning Association*, 76(1), 43–58. <https://doi.org/10.1080/01944360903329295>
- Silva, P. (2009) *Fundamentos e Modelos na Parcerias Público-Privadas na Saúde. O Estudo dos Serviços Clínicos*. Edições Almedina.
- Silvestre, H. C., & de Araújo, J. F. F. E. (2012). Public-Private Partnerships/Private Finance Initiatives in Portugal. *Public Performance & Management Review*, 36(2), 316–339. <https://doi.org/10.2753/PMR1530-9576360208>
- Simões, P., & Marques, R. C. (2011). Performance and congestion analysis of the Portuguese hospital services. *Central European Journal of Operations Research*, 19(1), 39–63. <https://doi.org/10.1007/s10100-009-0122-2>
- Skietrys, E., Raipa, A., e Bartkus, E. V. (2008). Dimensions of the efficiency of public-private partnership. *Engineering Economics*, 58(3), 45–50. <https://doi.org/10.5755/J01.EE.58.3.11542>
- Smith, A. (2006). *A Riqueza das Nações. Trad. de Luís Cristóvão de Aguiar*. (4 ed.). Calouste Gulbenkian.
- SNS – Hospital de Braga (2018). *Relatorio anual sobre o acesso a cuidados de saúde*. Hospital de Braga. SNS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/08/Relatorio_Acesso_2020_HBraga.pdf

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Spreng, R. A., & Mackoy, R. D. (1996). An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of Retailing*, 72(2), 201–214. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(96\)90014-7](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(96)90014-7)
- Ștefănescu A, Țurlea, E., & Mocanu, M. (2010). Public-Private Partnership – Alternative to Improve Performance in Public Hospitals. *17th International Economic Conference – IECS*.
- Tabish, S. A. (1998). Towards development of professional management in Indian hospitals. *Journal of Management in Medicine*, 12(2), 109–119. <https://doi.org/10.1108/02689239810227137>
- Tang, L., Shen, Q., & Cheng, E. W. L. (2010). A review of studies on Public–Private Partnership projects in the construction industry. *International Journal of Project Management*, 28(7), 683–694. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2009.11.009>
- Tarrant, A., & Hughes, K. (2019). Qualitative Secondary Analysis: Building Longitudinal Samples to Understand Men’s Generational Identities in Low Income Contexts. *Sociology*, 53(3), 538–553. <https://doi.org/10.1177/0038038518772743>
- Taylor, R, & Blair, S. (2002). Public policy for the private setor; options for reform through public–private partnerships. *The World Bank’s Private Setor and Infrastructure Network*, 241. <http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALSE>
- Taylor, A. (1986). *As grandes Doutrinas Económicas* (8 ed.). Publicações Europa América.
- TC – Tribunal de Contas (2008). *Linhas de orientação (guidelines) e procedimentos para o desenvolvimento de auditorias externas a PPP*. Tribunal de Contas. <http://www.tcontas.pt/pt/actos/manual/LinhasOrientaPPP.pdf>
- TC – Tribunal de Contas (2008). *Auditoria à gestão das parcerias público privadas*. TC. https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2008/audit-dgtc-rel010-2008-2s.pdf
- TC – Tribunal de Contas (2009). *Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde* (Relatório n.º15/2009). TC. https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/2s/auditdgtc-rel015-2009-2s.pdf
- TC – Tribunal de Contas (2013). *Encargos do Estado com PPP na saúde*. (Relatório n.º18/2013 - 2ª Secção). TC. https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2013/2s/audit-dgtc-rel018-2013-2s.pdf

- TC – Tribunal de Contas (2015). *Auditoria à execução do contrato de gestão do Hospital de Loures*. (Relatório nº19/2015 - 2ª Secção). TC. http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2015/2s/audit-dgtc-rel019-2015-2s.PDF, consultado a 17 de maio de 2020.
- TC – Tribunal de Contas (2016). *Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP)*. (Relatório n.º 24/2016-2ª Secção). TC. <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2016/rel024-2016-2s.pdf>
- TC – Tribunal de Contas (2019). *Auditoria de resultados à execução do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira em PPP*. (Relatório N.º 24/2019 - 2ª Secção). TC. <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2019/rel024-2019-2s.pdf>, consultado a 17 de maio de 2020.
- TC – Tribunal de Contas (2021). *Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS*. (Relatório N.º 5/2021 – OAC – 2ª Secção). TC. <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2021/relatorio-oac005-2021.pdf>
- TC – Tribunal de Contas Europeu (2018). *Parcerias Público Privadas na UE: insuficiências generalizadas e benefícios limitados*. (Relatório nº 09/2018). TC. <https://www.eca.europa.eu/pt/Pages/DocItem.aspx?did=45153>, consultado a 17 de maio de 2020.
- Todd, Z., Nerlich, B., McKeown, S. and Clarke, D. (2004). *Mixing Methods in Psychology: The Integration of Qualitative and Quantitative Methods in Theory and Practice*. Psychology Press.
- Torchia, M., Calabrò, A., & Morner, M. (2015). Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17(2), 236–261. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.792380>
- Torring, J., & Triantafillou, P. (2013). What’s in a Name? Grasping New Public Governance as a Political-Administrative System. *International Review of Public Administration*, 18(2), 9–25. <https://doi.org/10.1080/12294659.2013.10805250>
- Truitt, L. J., & Esler, M. (1996). Airport Privatization. Full Divestiture and Its Alternatives. *Policy Studies Journal*, 24(1), 100–110. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1996.tb00554.x>
- Tuohy, C. (2001). *Political economy of the health care system: a cross-country analysis*. University of Toronto.

- Tucker, J. L. (2002). The moderators of patient satisfaction. *Journal of Management in Medicine*, 16(1), 48–66. <https://doi.org/10.1108/02689230210428625>
- UCP – Universidade Católica Portuguesa. (2016). *Estudo de avaliação do Value for Money da Parceria Público Privada do Hospital de Braga*. Centro de Estudos Aplicados.
- UTAP (2016). *Relatório Anual das PPP – 2015 Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2015*. (Relatório nº Boletim Anual das PPP – 2015). Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos.
- UTAP (2016a). *Nota técnica sobre a desagregação dos encargos previstos até ao fim do prazo dos contratos*. (Relatório nº OE 2017 Encargos plurianuais do setor público com as PPP). Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos.
- UTAP (2016c). *Relatório Intercalar – Hospital de Cascais (1º Relatório intercalar)*. UTAP. https://www.utap.gov.pt/Publicacoes_utap/Hospital%20de%20Cascais%20-%20Relatorio%20intercalar%20-%20Outubro2016.pdf
- UTAP (2017). *Relatório Anual das PPP – 2016 Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2016*. (Relatório nº Boletim Anual das PPP – 2016). Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos.
- UTAP (2017a). *Nota técnica e breves considerações sobre a desagregação dos encargos previstos no Relatório do OE para 2018*. (Relatório nº Encargos plurianuais do setor público com as PPP). Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos.
- UTAP (2017b). *Relatório Intercalar – Hospital de Braga (1º Relatório intercalar)*. UTAP. https://www.utap.gov.pt/Publicacoes_utap/Relat%C3%83%C2%B3rio%20Fundamentado%20relativo%20ao%20Hospital%20de%20Braga.pdf
- UTAP (2018). *Relatório Anual das PPP – 2017 Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2016*. (Relatório nº Boletim Anual das PPP – 2017). Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos.
- UTAP (2018a). *Nota técnica e breves considerações sobre a desagregação dos encargos previstos no Relatório do OE para 2019*. (Relatório nº Encargos plurianuais do setor público com as PPP). Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos.
- UTAP (2018b). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 164 — 27 de agosto de 2018. Despacho n.º 8323/2018. DR 164/2018.
- UTAP (2019). *Relatório Anual das PPP – 2018 Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2016*. (Relatório nº Boletim Anual das PPP – 2018). Unidade Técnica de Acompanhamento de projetos.

- UTAP (2019a). *Relatório Intercalar – Hospital de Vila Franca de Xira (1º Relatório intercalar)*.
UTAP.
https://www.utap.gov.pt/Publicacoes_utap/Relat%C3%83%C2%B3rio%20Fundamentado%20relativo%20ao%20Hospital%20de%20Vila%20Franca%20de%20Xira.pdf
- UTAP (2019b). *Relatório Intercalar – Hospital de Vila Franca de Xira (1º Relatório intercalar)*.
UTAP.
https://www.utap.gov.pt/Publicacoes_utap/Relat%C3%B3rio%20Fundamentado%20relativo%20ao%20Hospital%20de%20Loures.pdf
- UTAP (2020). *Concessões e PPP*. Miguel Leal de Faria – Consultor na Unidade Técnica de Acompanhamentos de Projetos.
- Urbano, J., Bentes, M. (2011). *Definição da Produção do Hospital: Os grupos de diagnóstico homogêneos*. Conferência sobre financiamento e gestão de serviços hospitalares.
- Van Ham, H., & Koppenjan, J. (2001). Building Public-Private Partnerships: Assessing and managing risks in port development. *Public Management Review*, 3(4), 593–616.
<https://doi.org/10.1080/14616670110070622>
- Visconti, R. M. (2014). Multidimensional principal-agent value for money in healthcare project financing. *Public Money e Management*, 34(4), 259–264.
<https://doi.org/10.1080/09540962.2014.920198>
- Visconti, R. M., & Morea, D. (2019). Big Data for the Sustainability of Healthcare Project Financing. *Sustainability*, 11(13). <https://doi.org/10.3390/su11133748>
- Yang, J., Song, L., Yao, X., Cheng, Q., Cheng, Z., & Xu, K. (2020). Evaluating the Intention and Behaviour of Private Setor Participation in Healthcare Service Delivery via Public-Private Partnership: Evidence from China. *Journal of Healthcare Engineering*, 2020, 2040–2295.
<https://doi.org/10.1155/2020/5834532>
- Yang, J. B., Yang, C. C., & Kao, C. K. (2010). Evaluating schedule delay causes for private participating public construction works under the Build-Operate-Transfer model. *International Journal of Project Management*, 28(6), 569–579.
<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2009.10.005>
- Yang, J., & Zeng, W. (2014). The trade-offs between efficiency and quality in the hospital production: Some evidence from Shenzhen, China. *China Economic Review*, 31, 166–184.
<https://doi.org/10.1016/j.chieco.2014.09.005>

- Yaya, R. (2017). Twelve years of Scottish school public–private partnerships: Are they better value for money? *Journal of Public Procurement*, 17, 187–228. <https://doi.org/10.1108/JOPP-17-02-2017-B002>
- Yaya, H. (2005). Origins and developments of the public-private-partnership in health system in the developed countries: concepts, issues and institutional challenges. *The Public Setor Innovation Review*. 10(3). <http://www.innovation.cc/francais/yaya3-final.pdf>
- Yin, R. K. (2009) *Case study research: Design and methods*. (4th ed.). Sage.
- Yin, R. K. (2013) *Case Study Research: Design and Methods*. (5th ed.). Sage.
- Yamout, G., & Jamali, D. (2007). A critical assessment of a proposed public private partnership (PPP) for the management of water services in Lebanon. *Water Resources Management*, 21(3), 611–634. <https://doi.org/10.1007/s11269-006-9033-3>
- Yuan, J., Chan, A. P. C., Xiong, W., Skibniewski, M. J., & Li, Q. (2015). Perception of Residual Value Risk in Public Private Partnership Projects: Critical Review. *Journal of Management in Engineering*, 31(3). [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000256](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000256)
- Weber, M. (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. Free Press, Collier Macmillan.
- Weintraub, R. (2001). Logical knowledge. *International Journal of Philosophical Studies*, 9(1), 3–18. <https://doi.org/10.1080/09672550010011427>
- West, S. G., Finch, J. F. and Curran, P. J. (1995) *Structural Equation Models with Non Normal Variables: Problems and remedies*. In R.H. Hoyle, (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications* (pp. 56-75). Sage.
- Whitley, R. (1984). The fragmented state of management studies: reasons and consequences. *The Journal of Management Studies*, 21(3), 331. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1984.tb00415.x>
- Whiteside, H. (2011). Unhealthy policy: The political economy of Canadian public-private partnership hospitals. *Health Sociology Review*, 20(3), 258–268. <https://doi.org/10.5172/hesr.2011.20.3.258>
- Williams, L. J., Hartman, N., & Cavazotte, F. (2010). Method Variance and Marker Variables: A Review and Comprehensive CFA Marker Technique. *Organizational Research Methods*, 13(3), 477–514. <https://doi.org/10.1177/1094428110366036>
- Willems, T., Van Dooren, W., & van den Hurk, M. (2017). PPP policy, depoliticisation, and anti-politics. *Partecipazione e Conflitto*, 10(2), 448–471. <https://doi.org/10.1285/i20356609v10i2p448>

- Winter, J. S., & Davidson, E. (2018). Big data governance of personal health information and challenges to contextual integrity. *The Information Society*, 12(2), 1–16. <https://doi.org/10.1080/01972243.2018.1542648>
- Woodside, A. G., Frey, L. L. & Daly, R. T. (1989). Linking service quality, customer satisfaction, and behavioral intention: from general to applied frameworks of the service encounter. *Journal of Health Care Marketing*, 9(4), 5-17. PMID: 10304174
- Wong, T. H. (2015). Social foundations of public-private partnerships in education: the historical cases of post-war Singapore and Hong Kong. *History of Education*, 44(2), 207–224. <https://doi.org/10.1080/0046760X.2014.979256>
- World Bank (2006). *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience*. WB. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13684?locale-attribute=en>
- Xiong, W., Chen, B., Wang, H., & Zhu, D. (2019). Governing public–private partnerships: A systematic review of case study literature. *Australian Journal of Public Administration*, 78(1), 95–112. 10.1111/1467-8500.12343
- Zhang, X. Q. (2005). Criteria for Selecting the Private-Setor Partner in Public–Private Partnerships. *Journal of Construction Engineering and Management*, 131(6), 631–44. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)0733-9364\(2005\)131:6\(631\)](https://doi.org/10.1061/(ASCE)0733-9364(2005)131:6(631))
- Zhang, Z., Wan, D., Jia, M. & Gu, L. (2009). Prior Ties, Shared Values and Cooperation in Public–Private Partnerships. *Management and Organization Review*, 5(3), 353–74. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8784.2009.00154.x>
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31–46. <https://doi.org/10.2307/1251929>
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1985). Problems and strategies in services marketing. *Journal of Marketing*, 49(2), 33–46. <https://doi.org/10.2307/1251563>
- Zullo, R. (2006). Public-private contracting and political reciprocity. *Political Research Quarterly*, 59(2), 273-281. <https://doi.org/10.1177/106591290605900209>
- Zullo, R. (2009). Does fiscal stress induce privatization? Correlates of private and intermunicipal contracting, 1992-2002. *Governance: An International Journal of Policy Administration and Institutions*, 22(3), 459-481. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2009.01447.x>

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

Qualidade Percebida pelo Utente	ID	Itens do Questionário
Empatia	Em1	<i>O corpo clínico é educado e cordial.</i>
	Em2	<i>O corpo clínico escuta e compreende os utentes.</i>
	Em3	<i>O corpo clínico compreende facilmente a minha situação de saúde.</i>
	Em4	<i>O corpo clínico percebe de forma rápida as minhas necessidades.</i>
	Em5	<i>O corpo clínico sabe colocar-se no meu lugar e entender os meus problemas.</i>
Espaço e ambiente	EA1	<i>As instalações deste hospital parecem-me adequadas às necessidades da população do concelho.</i>
	EA2	<i>As instalações físicas do hospital são visualmente atrativas</i>
	EA3	<i>O nível de limpeza geral do hospital é o adequado.</i>
	EA4	<i>O Hospital fornece um ambiente confortável e seguro aos utentes.</i>
	EA5	<i>A mobilidade dentro do hospital é relativamente fácil.</i>
Eficácia	Eca1	<i>O corpo clínico foi rigoroso nos cuidados de higiene e proteção.</i>
	Eca2	<i>Os médicos fizeram um diagnóstico acertado das minhas patologias.</i>
	Eca3	<i>Os enfermeiros não cometeram erros no seu trabalho.</i>
	Eca4	<i>Senti-me confiante quanto ao desempenho profissional de todo o corpo clínico.</i>
	Eca5	<i>Tenho uma grande confiança na capacidade dos médicos deste hospital.</i>
Eficiência	Eci1	<i>Sinto que o corpo clínico evita o uso desnecessário de medicamentos.</i>
	Eci2	<i>Sinto que o corpo clínico se esforça por aplicar só os métodos de tratamento estritamente necessários.</i>
	Eci3	<i>Sinto que os processos de trabalho do hospital são claros e concisos.</i>
	Eci4	<i>Sinto que o número de funcionários é adequado às necessidades dos utentes.</i>
	Eci5	<i>O hospital gere de forma eficiente o tempo que passo no hospital (por exemplo, realiza as consultas/exames a horas).</i>
Resultados da utilização dos serviços do hospital	R1	<i>Sinto que os cuidados de saúde foram adequados à minha situação clínica.</i>
	R2	<i>A minha saúde melhorou após o tratamento neste hospital.</i>
	R3	<i>Sinto que melhorei muito devido a ter sido tratado neste hospital.</i>
	R4	<i>O corpo clínico deu-me todas as explicações para prevenir outras doenças relacionadas.</i>
	R5	<i>É elevado o grau de esforço e vontade do corpo clínico para prevenir as doenças.</i>

Dimensão Satisfação	ID	Itens do Questionário
Satisfação global	Satisfação	<i>Em geral, estou muito satisfeito com este hospital.</i>

Dimensão Grau de Literacia	ID	Itens do Questionário
Competência 'aceder'	GLA1	<i>Já procurei informações acerca do modelo de gestão hospitalar aplicado na unidade de saúde da minha área de residência.</i>
	GLA2	<i>Considero que a informação disponibilizada pelo governo, relativa aos modelos de gestão dos hospitais, é suficiente.</i>
Competência 'compreender'	GLC1	<i>Sei bem o que é um modelo de parceria público-privada na gestão dos hospitais.</i>
	GLC2	<i>Sei bem quais as diferenças entre um modelo de gestão em parceria público-privada e um modelo de gestão exclusivamente público.</i>
Competência 'avaliar e aplicar a informação'	GLI1	<i>A minha escolha, relativa à unidade de saúde (Hospital), é influenciada pelo modelo de gestão aplicado.</i>
	GLI2	<i>Tenho uma opinião positiva quanto ao envolvimento do setor privado na gestão dos Hospitais Públicos.</i>

Caracterização do Utente	ID	Itens do Questionário
Dados Socioeconómicos	U1	<i>Género</i>
	U2	<i>Idade</i>
	U3	<i>Nível de Escolaridade</i>
	U5	<i>Rendimento bruto mensal.</i>

Caracterização Inicial	ID	Itens do Questionário
Filtro	F1	<i>Concelho de residência</i>
	F2	<i>Hospital utilizado</i>

ANEXO B – DADOS

Fonte de dados primária: *benchmarking-acss.min-saude.pt*. Dados extraídos entre janeiro de 2020 e janeiro de 2022.

Tabela 85 – Cluster B | Desempenho Assistencial

Dimensão	ID	Indicador	Ano	Média Hospitais EPE do mesmo Cluster	Score mais elevado Hospitais EPE	Score mais baixo Hospitais EPE	PPP HVFX	EPE Figueira
Desempenho Assistencial	1	% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatoriais	2012	68,70%	82,86%	50,83%	79,13%	59,23%
			2013	69,65%	82,16%	53,32%	82,16%	64,19%
			2014	74,91%	87,19%	48,92%	87,19%	71,36%
			2015	72,98%	85,28%	56,84%	83,33%	72,59%
			2016	76,39%	83,40%	63,58%	81,02%	76,06%
			2017	79,06%	85,80%	70,57%	82,72%	81,18%
			2018	80,61%	86,88%	66,92%	84,15%	86,88%
			2019	81,18%	88,09%	63,65%	82,31%	86,07%
			2020	79,13%	90,17%	62,78%	81,43%	90,17%
			2021	89,21%	97,24%	71,22%	90,77%	94,94%
	2	% de Reinternamentos em 30 Dias (anos civis diferentes)	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	9,26%	11,50%	7,02%	8,59%	10,48%
			2014	8,96%	11,55%	6,97%	7,40%	10,05%
			2015	9,11%	11,64%	6,75%	8,41%	9,92%
			2016	8,15%	9,46%	6,78%	8,75%	9,46%
			2017	8,00%	10,72%	5,71%	7,93%	8,84%
			2018	8,16%	10,51%	5,55%	7,94%	9,99%
			2019	7,86%	10,41%	5,66%	8,12%	8,69%
			2020	7,02%	9,40%	4,93%	7,22%	8,43%
			2021	5,67%	9,30%	2,56%	3,46%	6,75%
	3	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	2012	2,25%	4,91%	0,93%	1,35%	2,15%
			2013	2,28%	3,84%	1,26%	1,79%	2,36%
			2014	2,40%	3,65%	1,25%	2,31%	2,27%
			2015	2,58%	4,24%	1,46%	2,46%	2,48%
			2016	2,72%	4,86%	1,17%	2,45%	2,67%
			2017	2,95%	5,07%	0,85%	2,58%	3,01%
			2018	3,20%	5,13%	1,52%	2,75%	3,18%
			2019	3,15%	5,56%	1,04%	2,47%	2,94%
			2020	3,81%	7,51%	1,81%	3,35%	3,51%
			2021	4,10%	11,66%	1,47%	4,28%	3,96%
	4	% de Partos por Cesariana	2012	35,08%	41,99%	25,92%	28,65%	0,00%
			2013	34,78%	42,44%	27,53%	29,92%	0,00%
			2014	33,23%	39,74%	24,50%	24,50%	0,00%
			2015	32,40%	42,27%	23,00%	23,00%	0,00%
			2016	33,45%	40,26%	25,51%	29,70%	0,00%
			2017	31,64%	39,95%	24,08%	27,94%	0,00%
			2018	31,11%	42,19%	23,74%	28,51%	0,00%
			2019	33,17%	40,91%	28,16%	32,91%	0,00%
			2020	32,75%	42,60%	24,32%	32,19%	0,00%
			2021	34,45%	41,91%	22,88%	34,29%	0,00%
	5	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas	2012	55,81%	91,74%	18,36%	55,10%	60,71%
			2013	52,81%	88,44%	14,86%	39,99%	36,56%
			2014	54,64%	94,41%	12,58%	48,59%	48,54%
			2015	54,00%	94,14%	20,67%	55,73%	44,96%
			2016	57,24%	91,43%	28,22%	52,27%	58,52%
			2017	54,72%	92,17%	30,47%	41,57%	49,79%
			2018	51,66%	84,96%	26,87%	37,61%	37,79%
			2019	55,22%	85,19%	17,84%	56,54%	58,91%
			2020	55,43%	84,79%	17,34%	51,74%	47,42%
			2021	54,58%	86,24%	19,86%	44,74%	55,81%
	6	% de Partos por Cesariana em Gestões Unifetais, Cefálicas, a termo	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2014	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2015	28,85%	40,33%	19,01%	19,01%	0,00%
			2016	29,89%	37,36%	23,78%	24,96%	0,00%
			2017	31,86%	42,93%	26,54%	26,54%	0,00%
			2018	31,11%	37,72%	25,68%	28,19%	0,00%
			2019	34,71%	38,04%	28,00%	34,17%	0,00%
			2020	34,45%	40,25%	28,48%	33,91%	0,00%
			2021	35,51%	43,67%	25,60%	36,89%	0,00%
	7	% de Primeiras Cesarianas em Gestões Unifetais, Cefálicas, a termo	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2014	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2015	21,99%	34,85%	11,94%	11,94%	0,00%
			2016	23,75%	33,74%	17,94%	17,94%	0,00%
			2017	94,19%	99,36%	78,69%	96,61%	0,00%
			2018	93,67%	98,05%	75,61%	97,64%	0,00%
			2019	91,63%	98,86%	64,11%	97,97%	0,00%
			2020	93,12%	100,00%	66,32%	98,24%	0,00%
			2021	95,11%	100,00%	79,23%	95,45%	0,00%
	8	% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestões Unifetais, Cefálicas, a termo	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2014	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2015	13,71%	33,89%	0,00%	33,89%	0,00%
			2016	16,98%	29,09%	0,00%	28,46%	0,00%
			2017	0,10%	0,60%	0,00%	0,60%	0,00%
			2018	1,08%	4,17%	0,00%	1,22%	0,00%
			2019	0,74%	4,11%	0,00%	0,00%	0,00%
			2020	0,75%	2,08%	0,00%	0,64%	0,00%
			2021	0,17%	2,78%	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 86 – Cluster B | Desempenho Economico-Financeira

Dimensão	ID	Indicador	Ano	Média Hospitais EPE do mesmo Cluster	Score mais elevado Hospitais EPE	Score mais baixo Hospitais EPE	PPP HVFX	EPE Figueira
Desempenho Economico-Financeira	11	Custos Operacionais por Doente Padrão	2012	1 502,10 €	2 130,00 €	- €	- €	- €
			2013	1 970,77 €	2 355,75 €	1 632,83 €	1 890,42 €	1 739,25 €
			2014	2 990,30 €	3 461,08 €	2 625,92 €	3 262,08 €	2 625,92 €
			2015	2 814,03 €	3 271,42 €	2 536,33 €	2 687,50 €	2 585,08 €
			2016	1 880,03 €	2 282,75 €	1 512,33 €	1 512,33 €	1 793,58 €
			2017	2 010,82 €	2 464,92 €	1 673,83 €	1 766,10 €	1 922,83 €
			2018	2 543,07 €	3 588,17 €	131,33 €	2 632,58 €	3 054,00 €
			2019	3 111,85 €	3 593,27 €	2 568,09 €	2 858,55 €	3 084,45 €
			2020	1 037,53 €	4 090,92 €	242,25 €	- €	4 090,92 €
			2021	3 365,28 €	4 931,63 €	3 181,25 €	- €	4 089,63 €

Fonte: Elaboração própria

Tabela 87 – Cluster B | Acesso

Dimensão	ID	Indicador	Ano	Média Hospitais EPE do mesmo Cluster	Score mais elevado Hospitais EPE	Score mais baixo Hospitais EPE	PPP HVFX	EPE Figueira
Acesso	111	% 1 ^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado	2012	84,78%	96,77%	57,93%	92,46%	96,77%
			2013	87,64%	98,37%	73,21%	88,44%	98,37%
			2014	85,45%	98,11%	69,62%	69,62%	98,11%
			2015	85,03%	96,37%	72,82%	75,42%	95,94%
			2016	81,59%	96,10%	66,23%	66,66%	96,10%
			2017	79,90%	96,80%	68,44%	69,05%	92,30%
			2018	78,78%	95,85%	68,89%	69,93%	79,98%
			2019	76,90%	91,83%	60,72%	64,92%	74,34%
			2020	68,43%	81,96%	49,50%	67,05%	67,03%
			2021	81,98%	99,32%	61,22%	74,96%	93,33%
	112	% de Inscritos em LIC dentro do TMRG	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2014	94,49%	97,90%	84,84%	97,27%	96,39%
			2015	93,45%	99,18%	82,83%	97,79%	99,18%
			2016	91,61%	99,98%	79,64%	94,73%	99,63%
			2017	93,82%	99,94%	84,88%	87,11%	99,62%
			2018	84,81%	99,19%	62,14%	62,14%	97,97%
			2019	85,48%	99,60%	68,32%	68,32%	93,18%
			2020	77,54%	97,68%	44,87%	60,53%	91,69%
			2021	82,55%	99,39%	41,18%	61,83%	98,52%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 88 – Cluster C | Desempenho Assistencial

Dimensão	ID	Indicador	Ano	Média Hospitalar EPE do mesmo Cluster	Score mais elevado Hospitalar EPE	Score mais baixo Hospitalar EPE	PPP HC	PPP HL	EPE Setúbal	EPE Leiria
Desempenho Assistencial	1	% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatoriais	2012	65,67%	84,31%	16,82%	84,31%	71,79%	62,11%	71,79%
			2013	69,75%	83,60%	48,13%	83,44%	83,60%	63,17%	83,60%
			2014	75,45%	87,77%	46,64%	87,77%	85,86%	80,88%	85,86%
			2015	77,28%	90,99%	59,16%	85,30%	83,98%	84,50%	83,98%
			2016	79,30%	92,53%	61,00%	88,26%	83,44%	84,82%	83,44%
			2017	80,89%	86,75%	67,64%	83,53%	83,52%	83,04%	82,39%
			2018	82,08%	88,58%	70,94%	87,19%	85,24%	88,58%	87,47%
			2019	83,20%	91,75%	73,33%	90,26%	85,14%	89,89%	88,47%
			2020	79,15%	92,29%	61,00%	86,34%	82,91%	80,83%	82,91%
			2021	84,57%	96,04%	61,00%	92,05%	86,83%	90,21%	86,83%
	2	% de Reinternamentos em 30 Dias (anos civis diferentes)	2012	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2013	8,67%	12,11%	5,00%	6,85%	8,59%	9,16%	9,66%
			2014	8,54%	12,12%	6,00%	6,48%	8,40%	8,39%	8,30%
			2015	8,35%	11,06%	6,00%	7,01%	8,08%	8,25%	10,22%
			2016	8,19%	11,52%	6,03%	6,03%	7,37%	7,86%	9,65%
			2017	7,99%	11,08%	5,70%	5,70%	6,86%	7,75%	9,22%
			2018	8,06%	11,13%	5,43%	5,55%	7,58%	8,49%	8,57%
			2019	7,81%	10,42%	5,65%	5,65%	7,87%	8,36%	8,57%
			2020	7,25%	10,54%	4,81%	4,81%	7,23%	8,07%	4,01%
			2021	6,14%	7,99%	4,01%	4,85%	6,20%	7,95%	4,01%
	3	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	2012	2,05%	3,27%	0,85%	1,64%	2,90%	2,77%	1,27%
			2013	2,68%	5,00%	0,83%	0,83%	2,94%	3,17%	1,59%
			2014	2,83%	6,00%	1,63%	1,75%	3,25%	3,06%	1,82%
			2015	2,97%	6,00%	1,75%	1,75%	3,35%	3,20%	1,84%
			2016	3,05%	4,95%	1,71%	2,20%	3,76%	3,38%	1,71%
			2017	3,21%	4,55%	2,00%	2,00%	3,05%	3,48%	2,19%
			2018	3,55%	5,22%	2,36%	2,36%	3,50%	3,49%	2,46%
			2019	3,50%	4,83%	2,71%	2,77%	3,31%	3,27%	2,71%
			2020	4,14%	5,83%	3,09%	3,18%	4,65%	3,66%	3,09%
			2021	3,69%	5,40%	2,24%	2,77%	4,03%	4,11%	2,32%
	4	% de Partos por Cesariana	2012	27,64%	36,66%	1,94%	29,96%	24,43%	27,05%	31,00%
			2013	27,82%	36,23%	5,00%	30,12%	22,12%	30,10%	27,82%
			2014	26,05%	41,91%	6,00%	27,36%	19,57%	28,23%	30,82%
			2015	25,16%	31,39%	6,00%	26,31%	21,54%	29,09%	29,92%
			2016	27,27%	38,58%	19,75%	26,45%	19,75%	30,20%	28,22%
			2017	27,70%	36,15%	21,76%	25,67%	21,76%	24,77%	30,73%
			2018	28,46%	36,95%	22,54%	28,71%	23,40%	32,34%	29,27%
			2019	29,25%	36,74%	22,03%	27,85%	22,03%	36,74%	27,44%
			2020	29,82%	36,19%	23,92%	28,09%	23,92%	32,08%	26,04%
			2021	29,84%	46,31%	21,98%	26,31%	22,71%	31,26%	27,91%
	5	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas	2012	46,33%	76,47%	1,94%	72,43%	45,95%	62,95%	35,51%
			2013	44,32%	73,88%	5,00%	73,41%	18,04%	73,88%	38,90%
			2014	43,75%	71,66%	6,00%	71,35%	22,72%	65,84%	45,65%
			2015	41,18%	73,93%	5,31%	72,48%	20,10%	69,30%	32,13%
			2016	51,47%	83,26%	17,53%	83,26%	52,58%	68,13%	34,70%
			2017	50,30%	93,87%	22,25%	93,87%	65,86%	64,86%	32,41%
			2018	49,01%	91,91%	21,56%	91,91%	53,03%	65,50%	27,43%
			2019	46,43%	88,61%	17,72%	88,61%	37,45%	56,73%	36,64%
			2020	45,97%	91,21%	15,46%	91,21%	25,74%	46,28%	36,29%
			2021	48,52%	82,18%	9,97%	82,18%	56,57%	42,05%	48,22%
	6	% de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo * medida apenas a partir de 2015	2012	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2013	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2014	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2015	21,34%	27,30%	6,00%	22,63%	17,45%	25,44%	27,30%
			2016	23,31%	34,67%	15,33%	22,44%	15,33%	24,34%	25,34%
			2017	29,14%	35,73%	20,59%	27,43%	20,59%	24,73%	35,20%
			2018	29,34%	34,89%	21,93%	29,43%	22,55%	28,55%	33,91%
			2019	30,39%	37,59%	21,53%	27,48%	21,53%	35,70%	30,24%
			2020	31,23%	38,39%	23,24%	27,25%	23,24%	31,93%	31,02%
			2021	32,39%	49,37%	21,47%	27,36%	21,47%	31,46%	30,79%
	7	% de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo * medida apenas a partir de 2015	2012	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2013	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2014	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2015	16,04%	22,08%	6,00%	15,59%	11,20%	19,76%	22,08%
			2016	17,44%	29,38%	10,33%	15,23%	10,33%	18,47%	21,17%
			2017	93,73%	99,24%	75,66%	97,78%	90,61%	92,47%	97,98%
			2018	95,13%	99,36%	88,40%	95,29%	88,40%	93,83%	98,39%
			2019	95,08%	99,65%	86,32%	93,75%	86,32%	95,17%	97,59%
			2020	96,02%	99,44%	86,04%	96,58%	86,04%	97,37%	99,32%
			2021	95,65%	100,00%	87,35%	93,75%	87,35%	94,69%	98,56%
	8	% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo * medida apenas a partir de 2015	2012	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2013	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2014	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
			2015	27,65%	44,74%	5,56%	26,35%	11,20%	7,27%	22,08%
			2016	29,89%	49,87%	1,52%	33,46%	10,33%	1,74%	21,17%
			2017	1,27%	8,89%	0,00%	0,00%	1,04%	0,00%	0,76%
			2018	0,53%	3,70%	0,00%	0,93%	0,90%	0,00%	0,00%
			2019	0,74%	2,69%	0,00%	1,92%	2,69%	0,00%	0,00%
			2020	0,61%	4,44%	0,00%	0,00%	1,39%	0,00%	0,00%
			2021	0,17%	1,67%	0,00%	0,00%	1,00%	0,00%	0,00%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 89 – Cluster C | Desempenho Económico-Financeira

Dimensão	ID	Indicador	Ano	Média Hospitalar EPE do mesmo Cluster	Score mais elevado Hospitalar EPE	Score mais baixo Hospitalar EPE	PPP HC	PPP HL	EPE Setúbal	EPE Leiria
Desempenho Económico-Financeira	11	Custos Operacionais por Doente Padrão	2012	2 807,89 €	3 220,00 €	2 360,00 €	3 168,00 €	- €	3 445,00 €	2 614,00 €
			2013	2 727,93 €	10 882,00 €	1 533,25 €	- €	2 569,00 €	1 928,33 €	1 556,50 €
			2014	3 103,81 €	3 635,17 €	2 414,00 €	- €	- €	3 355,58 €	2 680,17 €
			2015	3 039,41 €	4 165,83 €	2 452,50 €	- €	- €	2 835,00 €	2 659,92 €
			2016	1 822,51 €	2 215,50 €	1 401,17 €	- €	- €	1 927,33 €	1 736,42 €
			2017	1 987,68 €	2 352,58 €	1 473,33 €	- €	- €	2 021,00 €	1 875,92 €
			2018	8 060,28 €	48 021,00 €	225,00 €	- €	2 815,00 €	- €	3 086,50 €
			2019	3 489,28 €	4 371,36 €	1 216,00 €	- €	1 216,00 €	3 961,00 €	3 223,09 €
			2020	346,65 €	814,58 €	67,08 €	- €	- €	- €	453,58 €
			2021	4 794,24 €	6 082,50 €	3 798,88 €	- €	- €	5 308,63 €	3 869,75 €

Fonte: Elaboração própria

Tabela 90 – Cluster C | Acesso

Dimensão	ID	Indicador	Ano	Média Hospitais EPE do mesmo Cluster	Score mais elevado Hospitais EPE	Score mais baixo Hospitais EPE	PPP HC	PPP HL	EPE Setúbal	EPE Leiria
Acesso	111	% 1 ^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado	2012	72,09%	140,04%	1,94%	58,46%	62,23%	68,41%	79,47%
			2013	66,07%	98,22%	5,00%	68,11%	63,89%	55,55%	76,82%
			2014	65,93%	96,52%	6,00%	71,28%	49,09%	53,05%	80,97%
			2015	66,01%	94,17%	6,00%	68,08%	15,52%	59,45%	83,42%
			2016	68,34%	96,05%	46,76%	66,40%	46,76%	71,69%	82,34%
			2017	70,00%	95,70%	47,21%	66,31%	64,36%	74,97%	65,60%
			2018	72,67%	90,54%	56,16%	61,49%	76,04%	74,15%	56,16%
			2019	70,10%	86,94%	49,19%	64,87%	70,47%	66,24%	57,07%
			2020	60,57%	77,05%	41,64%	69,44%	66,66%	53,08%	53,83%
			2021	78,42%	93,41%	59,55%	92,88%	76,70%	66,38%	75,83%
	112	% de Inscritos em LIC dentro do TMRG	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2014	85,95%	99,80%	6,00%	94,14%	77,26%	80,66%	93,29%
			2015	85,89%	99,70%	6,00%	94,62%	92,66%	83,18%	94,34%
			2016	84,79%	98,12%	67,52%	92,14%	67,52%	73,71%	91,06%
			2017	88,71%	95,64%	78,22%	93,81%	95,08%	81,97%	90,54%
			2018	75,73%	85,89%	57,22%	85,67%	75,50%	62,81%	82,71%
			2019	78,43%	90,16%	60,55%	85,56%	72,17%	60,55%	72,18%
			2020	69,13%	86,95%	47,37%	73,18%	49,31%	47,37%	76,47%
			2021	76,37%	92,50%	48,96%	89,53%	50,24%	48,96%	87,81%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 91 – Cluster D | Desempenho Assistencial

Dimensão	ID	Indicador	Ano	Média Hospitais EPE do mesmo Cluster	Score mais elevado Hospitais EPE	Score mais baixo Hospitais EPE	PPP Braga	EPE Évora
Desempenho Assistencial	1	% Cirurgias Realizadas em Ambulatório no Total de Cirurgias Programadas (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis	2012	72,59%	81,68%	50,21%	78,21%	71,62%
			2013	70,50%	86,37%	30,63%	85,12%	72,45%
			2014	79,86%	90,83%	60,90%	85,41%	75,85%
			2015	79,59%	90,95%	61,01%	82,39%	72,84%
			2016	81,70%	90,87%	72,13%	82,95%	72,13%
			2017	81,78%	96,31%	62,02%	82,72%	81,18%
			2018	84,25%	95,61%	66,54%	84,15%	86,88%
			2019	85,02%	91,07%	73,00%	87,14%	73,00%
			2020	79,28%	99,58%	71,45%	84,34%	80,19%
			2021	85,49%	84,34%	70,50%	93,15%	70,50%
	2	% de Reinternamentos em 30 Dias (anos civis diferentes) * não existem dados para o ano de 2012	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	8,43%	11,45%	6,09%	7,83%	6,09%
			2014	8,66%	11,99%	6,30%	7,59%	6,30%
			2015	8,54%	11,79%	6,41%	7,74%	6,41%
			2016	8,09%	10,87%	6,18%	7,42%	6,18%
			2017	7,91%	10,78%	6,42%	6,82%	6,42%
			2018	7,76%	11,44%	6,12%	7,04%	6,12%
			2019	7,36%	11,61%	3,62%	3,62%	5,45%
			2020	6,97%	10,70%	4,79%	6,71%	4,79%
			2021	5,66%	9,47%	3,57%	6,45%	3,96%
	3	% de Internamentos com Demora Superior a 30 Dias	2012	2,99%	3,90%	2,24%	2,45%	2,24%
			2013	3,45%	4,89%	2,47%	3,03%	2,47%
			2014	3,58%	4,67%	2,62%	3,02%	2,62%
			2015	3,72%	5,06%	2,72%	2,90%	2,72%
			2016	3,77%	5,66%	2,35%	2,67%	2,35%
			2017	4,07%	5,75%	2,99%	3,24%	3,42%
			2018	4,30%	5,65%	2,91%	3,37%	3,97%
			2019	4,22%	5,96%	2,67%	3,39%	3,50%
			2020	4,50%	6,08%	2,98%	3,89%	3,78%
			2021	4,27%	5,91%	2,96%	3,50%	2,96%
	4	% de Partos por Cesariana	2012	33,86%	43,22%	23,34%	31,66%	37,65%
			2013	32,94%	39,79%	22,56%	31,13%	38,13%
			2014	29,72%	35,47%	23,65%	29,23%	35,47%
			2015	28,89%	37,28%	23,10%	29,21%	30,63%
			2016	27,78%	34,15%	21,85%	26,89%	27,62%
			2017	28,55%	33,71%	21,76%	27,32%	29,44%
			2018	29,79%	37,53%	22,85%	29,36%	33,99%
			2019	31,61%	37,86%	26,68%	28,30%	34,67%
			2020	32,03%	42,71%	25,98%	27,82%	34,60%
			2021	33,89%	43,89%	28,64%	29,89%	42,23%
	5	% de Fraturas da Anca com Cirurgia Realizada nas Primeiras 48 Horas	2012	37,83%	67,38%	9,91%	29,39%	22,76%
			2013	39,04%	79,92%	13,67%	20,80%	13,67%
			2014	43,41%	79,14%	13,43%	47,11%	13,43%
			2015	41,66%	78,30%	12,48%	53,47%	12,48%
			2016	40,54%	80,75%	17,99%	45,66%	19,84%
			2017	38,43%	78,74%	9,29%	45,66%	24,62%
			2018	37,89%	73,66%	11,85%	40,88%	11,85%
			2019	35,73%	63,56%	17,84%	35,50%	16,89%
			2020	39,86%	71,78%	14,42%	42,38%	37,65%
			2021	39,11%	64,33%	16,86%	52,83%	24,21%
	6	% de Partos por Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo * medido apenas a partir de 2015	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2014	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2015	24,50%	33,68%	19,45%	24,94%	27,57%
			2016	23,40%	30,93%	17,32%	22,64%	22,91%
			2017	30,29%	39,30%	24,63%	27,61%	30,48%
			2018	30,91%	43,95%	23,45%	29,36%	32,12%
			2019	32,37%	42,65%	26,48%	28,11%	32,62%
			2020	35,83%	50,83%	28,50%	28,74%	36,30%
			2021	31,81%	46,78%	0,00%	30,70%	43,87%
	7	% de Primeiras Cesarianas em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo * medido apenas a partir de 2015	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2014	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2015	18,68%	26,93%	13,49%	16,98%	19,64%
			2016	17,30%	23,80%	10,78%	15,53%	14,22%
			2017	94,39%	98,57%	87,51%	98,57%	92,27%
			2018	95,68%	98,92%	86,33%	97,65%	96,48%
			2019	93,52%	97,89%	75,48%	97,61%	95,28%
			2020	96,12%	97,77%	91,58%	97,49%	94,57%
			2021	97,26%	98,10%	96,54%	97,28%	98,10%
	8	% de Partos Vaginais Após Cesariana em Gestações Unifetais, Cefálicas, a termo * medido apenas a partir de 2015	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2014	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2015	31,36%	46,30%	13,41%	32,38%	19,64%
			2016	31,23%	42,93%	15,90%	35,02%	14,22%
			2017	0,54%	1,74%	0,00%	0,60%	0,00%
			2018	0,40%	2,12%	0,00%	0,36%	2,12%
			2019	0,86%	2,15%	0,00%	0,00%	2,15%
			2020	1,17%	3,61%	0,00%	0,78%	0,83%
			2021	0,55%	1,85%	0,00%	0,50%	1,43%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 92 – Cluster D | Desempenho Economico-Financeira

Dimensão	ID	Indicador	Ano	Média Hospitais EPE do mesmo Cluster	Score mais elevado Hospitais EPE	Score mais baixo Hospitais EPE	PPP Braga	EPE Évora
Desempenho Economico-Financeira	11	Custos Operacionais por Doente Padrão	2012	1 447,47 €	1 681,64 €	1 043,00 €	1 043,00 €	1 589,67 €
			2013	1 438,06 €	1 680,83 €	1 062,17 €	1 062,17 €	1 569,33 €
			2014	2 826,76 €	3 370,58 €	2 194,50 €	2 194,50 €	3 370,58 €
			2015	4 553,77 €	16 854,00 €	2 166,75 €	2 166,75 €	3 110,58 €
			2016	1 562,00 €	1 982,83 €	1 050,17 €	1 050,17 €	1 817,42 €
			2017	1 618,61 €	2 106,08 €	1 057,17 €	1 057,17 €	1 765,75 €
			2018	2 651,46 €	3 941,17 €	291,00 €	2 280,92 €	3 444,83 €
			2019	3 213,39 €	3 970,91 €	2 387,45 €	2 387,45 €	3 226,45 €
			2020	147,30 €	581,11 €	1 201,08 €	581,11 €	7,00 €
			2021	4 070,52 €	4 731,63 €	3 003,88 €	3 003,88 €	4 707,00 €

Fonte: Elaboração própria

Tabela 93 – Cluster D | Acesso

Dimensão	ID	Indicador	Ano	Média Hospitais EPE do mesmo Cluster	Score mais elevado Hospitais EPE	Score mais baixo Hospitais EPE	PPP Braga	EPE Évora
Acesso	111	% 1ºs Consultas Realizadas em Tempo Adequado	2012	57,84%	80,02%	41,31%	63,47%	41,31%
			2013	65,10%	78,17%	55,52%	60,34%	55,52%
			2014	72,76%	85,52%	65,44%	74,25%	78,94%
			2015	68,42%	85,90%	60,64%	61,65%	77,25%
			2016	64,56%	83,54%	54,52%	54,52%	66,77%
			2017	66,77%	90,23%	54,92%	59,41%	61,05%
			2018	71,61%	86,54%	55,73%	74,55%	61,49%
			2019	69,92%	82,62%	52,85%	72,40%	70,13%
			2020	58,14%	66,21%	47,62%	51,90%	66,21%
			2021	71,29%	80,23%	56,77%	68,79%	75,34%
	112	% de Inscritos em UC dentro do TMRG	2012	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2013	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
			2014	86,94%	95,12%	74,28%	85,94%	87,08%
			2015	85,24%	93,12%	71,20%	87,32%	82,88%
			2016	81,47%	92,40%	73,86%	84,89%	80,30%
			2017	82,09%	92,70%	74,48%	84,33%	79,75%
			2018	64,56%	80,81%	49,53%	66,06%	65,42%
			2019	64,53%	79,38%	45,08%	61,63%	73,30%
			2020	54,14%	78,16%	34,95%	48,36%	63,99%
			2021	60,76%	91,56%	41,45%	60,37%	73,71%

Fonte: Elaboração própria

ANEXO C – REGISTO DE CATÁLOGO

De acordo com o definido pelo artigo 32º do Decreto-Lei n.º 111/2012, que reforça a necessidade de uma maior transparência e publicitação pela UTAP, esta instituição "deve dispor de um sítio próprio para efeitos de publicitação de todos os documentos julgados úteis relacionados com processos de parcerias" (seja de novas ou das existentes). Assim, o mesmo Decreto veio estabelecer um conjunto de documentos obrigatórios de acesso público, nomeadamente:

- a. Os relatórios trimestrais (após aprovação do membro do Governo responsável pela área das finanças).
- b. O despacho relativo à designação do Coordenador da Unidade Técnica
- c. A composição das equipas de projeto, de júris de procedimento, de comissões de negociação e de equipas de acompanhamento das fases iniciais da execução de contratos.
- d. Os programas de procedimento, cadernos de encargos e correspondentes anexos das parcerias realizadas.
- e. Os relatórios finais de avaliação das propostas relativos a parcerias.
- f. Os contratos de parcerias já celebrados, exceto quando contenham matérias legalmente protegidas.
- g. As alterações a contratos de parcerias já celebrados e os seus anexos, exceto quando contenham matérias legalmente protegidas.
- h. Os peritos indicados para os processos de arbitragem (artigo 33º do Decreto-Lei n.º 111/2012).

Assim, o nosso registo de catálogo contempla os documentos descritos nas alíneas a), e), f) e g) do artigo 32º do Decreto-Lei n.º 111/2012.

Adicionalmente, a missão do Tribunal de Contas é, nos termos da Constituição e da Lei: fiscalizar a legalidade e regularidade das receitas e das despesas públicas, julgar as Contas que a Lei manda submeter-lhe, dar parecer sobre a Conta Geral do Estado e sobre as Contas das Regiões Autónomas, apreciar a gestão financeira pública, efetivar as responsabilidades financeiras e exercer as demais competências que lhe forem atribuídas pela Lei, nomeadamente o artigo 214º da Constituição e artigo 1º da LOPTC. Adicionalmente, de acordo com artigo 66º, n.º 6 da Lei n.º 151/2015, de 11 de setembro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 37/2018, de 7 de agosto, incumbe ainda ao Tribunal certificar a conta geral do Estado. Assim resulta o catálogo descrito na Tabela 94.

Tabela 94 – Registo de Catálogo

Fonte	Dimensão (<i>data set</i>)	Conteúdo	Disponibilidade	Termos e Condições acesso
Tribunal de Contas (TC)	7 documentos	Auditorias e Relatórios	Online - www.tcontas.pt	Acesso público - sem restrições
Tribunal de Contas Europeu (TCE)	1 documento	Auditoria	Online - www.eca.europa.eu	Acesso público - sem restrições
Entidade Reguladora da Saúde (ERS)	4 documentos	Relatórios e Estudos	Online - www.ers.pt	Acesso público - sem restrições
Unidade Técnica de Apoio Orçamental (UTAO)	11 documentos	Informação e Projeção orçamental	Online - https://www.parlamento.pt/	Acesso público - sem restrições
Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP)	16 documentos	Relatórios e Notas Técnicas	Online - www.utap.gov.pt	Acesso público - sem restrições
PWC	1 documento	Conclusões e Notas técnicas	Online - www.pwc.pt/saude	Acesso público - sem restrições
World Bank	1 documento	Casos de Estudo	Online - https://openknowledge.worldbank.org/	Acesso público - sem restrições
União Europeia	1 documento	Casos de Estudo	Online - https://op.europa.eu/	Acesso público - sem restrições
Diário da República	5 documentos	Decreto-Lei e Lei	https://dre.pt/dre/home	Acesso público - sem restrições
Assembleia da República	10 documentos	Legislação	https://www.parlamento.pt/	Acesso público - sem restrições
UTAP	16 documentos	Contratos de Gestão	https://www.utap.gov.pt/	Acesso público - sem restrições
Total	71 documentos			

Fonte: Elaboração Própria

ANEXO D – GUIA DO UTILIZADOR

O Guia do Utilizador (Tabela 95) reúne a documentação chave da investigação, contendo informação sobre como foram utilizados os dados e como os dados foram recolhidos.

Tabela 95 – Guia do Utilizador

Fonte	Documentação Chave	Utilização dos Dados	Recolha dos Dados
Tribunal de Contas (TC)	Tribunal – Força legislativa	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
Tribunal de Contas Europeu (TCE)	Tribunal – Força legislativa	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
Entidade Reguladora da Saúde (ERS)	Casos de Estudo – Experiência Portuguesa	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
Unidade Técnica de Apoio Orçamental (UTAO)	Unidade Técnica – Parecer consultivo	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP)	Unidade Técnica – Parecer consultivo	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
PWC – Pricewaterhouse Coopers	Privado – Parecer	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
WB – World Bank	Casos de Estudo – Experiências na Europa	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
União Europeia - EU	Casos de Estudo – Experiências na Europa	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
Diário da República	Legislação	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
Assembleia da República	Proposta de Lei e Projetos Lei	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões
UTAP	Contratos	Recolha e análise documental	Redução, exposição e extração de conclusões

Fonte: Elaboração Própria

ANEXO E – LISTAGEM DE DADOS

Tabela 96 – Listagem de dados

Título	Autor(es)	Referência	Âmbito	Data
<i>Linhas de Orientação (Guide Lines) e Procedimentos para o desenvolvimento de Auditorias Externas a PPP</i>	Tribunal de Contas	António Garcia	<i>Procedimentos - TC</i>	2008
<i>Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde Primeira vaga de Hospitais</i>	Tribunal de Contas	Relatório n.º 15/2009 AUDIT	<i>Auditoria - TC</i>	2009
<i>Encargos do Estado com PPP na Saúde - Volume I</i>	Tribunal de Contas	Relatório n.º 18/2013 - 2.ª Secção	<i>Auditoria - TC</i>	2013
<i>Auditoria à execução do contrato de Gestão do Hospital de Loures</i>	Tribunal de Contas	Relatório n.º 19/2015 - 2.ª Secção	<i>Auditoria - TC</i>	2015
<i>Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP)</i>	Tribunal de Contas	Relatório n.º 24/2016 - 2ª Secção	<i>Auditoria - TC</i>	2016
<i>Parcerias Público Privadas na UE: insuficiências generalizadas e benefícios limitados</i>	Tribunal de Contas Europeu	Artigo 287º, nº 4	<i>Auditoria – TC Europeu</i>	2018
<i>Auditoria de resultados à execução do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira em PPP</i>	Tribunal de Contas	Relatório N.º 24/2019 - 2.ª Secção	<i>Auditoria - TC</i>	2019
<i>Relatório Síntese Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS</i>	Tribunal de Contas	RELATÓRIO N.º 5/2021 – OAC – 2ª Secção	<i>Auditoria - TC</i>	2021
<i>Análise e parecer sobre o processo de criação e desenvolvimento das parcerias para a construção de hospitais em regime de financiamento privado</i>	Equipa de Análise Estratégica	julho de 2009	<i>Relatório Final</i>	2009
<i>Relatório de Benchmarking hospitais EPE e PPP</i>	ACSS	dados a 31 de dezembro de 2012	<i>Relatório - ACSS</i>	2013
<i>Estudo de avaliação das Parcerias Público-Privadas na Saúde</i>	ERS	maio de 2016	<i>Estudo - ERS</i>	2016
<i>Portugal Top 05 2016 A Execência dos Hospitais</i>	IASIST	Novembro de 2016	<i>Relatório</i>	2016

<i>Meio Caminho Andado – Relatório Primavera 2018</i>	OPSS	Primavera 2018	<i>Relatório – OPSS</i>	2018
<i>Informação Síntese – Controlo e Monitorização dos Contratos de Gestão dos Hospitais PPP</i>	IGAS	Informação nº 78/2018	<i>Parecer</i>	2018
<i>Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde</i>	SNS – Hospital de Braga	Artigo 27º Lei 15/2014	<i>Relatório</i>	2018
<i>SINAS@Hospitais: 2ª Publicação</i>	ERS	ERS, 16 janeiro 2020	<i>Relatório - ERS</i>	2020
<i>Compilação das análises efetuadas em 2014 no âmbito das Parcerias Público-Privadas</i>	UTAO	INFORMAÇÃO TÉCNICA n.º 16/2015	<i>Informação Técnica</i>	2015
<i>Parcerias Público—Privadas Projeções de encargos plurianuais do OE/2018</i>	UTAO	Projeções de encargos plurianuais do OE/2018	<i>Projeções</i>	2017
<i>Execução Orçamental das Parcerias Público-Privadas do Setor da Saúde</i>	UTAO	Execução Orçamental 08/2016	<i>Execução Orçamental</i>	2016
<i>Apreciação do Projeto de Plano Orçamental para 2020</i>	UTAO	Relatório n.º 19/2019	<i>Análise técnica</i>	2019
<i>Execução Orçamental das Parcerias Público-Privadas janeiro a dezembro 2014</i>	UTAO	Maio de 2015	<i>Execução Orçamental</i>	2015
<i>Execução Orçamental das Parcerias Público-Privadas janeiro a junho 2015</i>	UTAO	Setembro de 2015	<i>Execução Orçamental</i>	2015
<i>Execução Orçamental das Parcerias Público-Privadas</i>	UTAO	Versão final 06/2016	<i>Execução Orçamental</i>	2016
<i>Execução Orçamental das Parcerias Público-Privadas</i>	UTAO	Versão final 12/2017	<i>Execução Orçamental</i>	2017
<i>Execução Orçamental em Contabilidade Pública – dezembro 2017</i>	UTAO	fevereiro 2018	<i>Execução Orçamental</i>	2018
<i>Apreciação das Parcerias Público-Privadas e do Setor Empresarial do Estado: janeiro a dezembro de 2019 e 1.º trimestre de 2020</i>	UTAO	Relatório UTAO n.º 19/2020	<i>Apreciação</i>	2020
<i>Compilação das análises efetuadas em 2014 no âmbito das Parcerias Público-Privadas</i>	UTAO	Informação Técnica n.º 16/2015	<i>Compilação de Análises</i>	2015
<i>Relatório Anual das PPP – 2015 Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2015</i>	UTAP	Boletim Anual das PPP – 2015	<i>Relatório</i>	2016
<i>Boletim Anual das PPP – 2016 Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2016</i>	UTAP	Boletim Anual das PPP – 2016	<i>Relatório</i>	2017
<i>Boletim Anual das PPP – 2017 Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2017</i>	UTAP	Boletim Anual das PPP – 2017	<i>Relatório</i>	2018

<i>Boletim Anual das PPP – 2018</i>	UTAP	Boletim Anual das PPP – 2018	<i>Relatório</i>	2019
<i>Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2018</i>	UTAP	OE 2017 Encargos plurianuais do setor público com as PPP	<i>Nota técnica</i>	2016
<i>Nota técnica sobre a desagregação dos encargos previstos até ao fim do prazo dos contratos</i>	UTAP	<i>Boletim Trimestral PPP</i>	<i>Relatório</i>	2017
<i>Boletim Trimestral PPP – 1.º Trimestre 2017</i>	UTAP	<i>Boletim Trimestral PPP</i>	<i>Relatório</i>	2018
<i>Boletim Trimestral PPP – 1.º Trimestre 2018</i>	UTAP	<i>Boletim Trimestral PPP</i>	<i>Relatório</i>	2019
<i>Boletim Trimestral PPP – 1.º Trimestre 2019</i>	UTAP	<i>Boletim Trimestral PPP</i>	<i>Relatório</i>	2017
<i>Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2017</i>	UTAP	<i>Boletim Trimestral PPP</i>	<i>Relatório</i>	2019
<i>Boletim Trimestral PPP – 4.º Trimestre 2019</i>	UTAP	Despacho n.º 8323/2018	<i>Relatório</i>	2016
<i>Relatório Intercalar – Hospital de Cascais (1º Relatório intercalar)</i>	UTAP	Encargos plurianuais do setor público com as PPP	<i>Nota técnica</i>	2017
<i>Nota técnica e breves considerações sobre a desagregação dos encargos previstos no Relatório do OE para 2018</i>	UTAP	Despacho n.º 8323/2018	<i>Relatório</i>	2017
<i>Relatório Intercalar – Hospital de Braga (1º Relatório intercalar)</i>	UTAP	Encargos plurianuais do setor público com as PPP	<i>Nota técnica</i>	2018
<i>Nota técnica e breves considerações sobre a desagregação dos encargos previstos no Relatório do OE para 2019</i>	UTAP	Despacho n.º 8323/2018	<i>DR 164/2018</i>	2018
<i>Diário da República, 2.ª série — N.º 164 — 27 de agosto de 2018</i>	UTAP	Despacho n.º 8323/2018	<i>Relatório</i>	2019
<i>Relatório Intercalar – Hospital de Loures (1º Relatório intercalar)</i>	UTAP	Despacho n.º 8323/2018	<i>Relatório</i>	2019
<i>Relatório Intercalar – Hospital de Vila Franca de Xira (1º Relatório intercalar)</i>	UTAP			
<i>Portugal - Reforming the state to promote growth</i>	OCDE	“Better Policies” Series	<i>Documento Oficial</i>	2013
<i>The Guide to Guidance - How to Prepare, Procure and Deliver PPP Projects</i>	EPEC	EIB-07/2011-EN	<i>Documento Oficial</i>	2011
<i>Guidebook on promoting good governance in Public-private partnerships</i>	United Nations	ECE/CECI/4	<i>Documento Oficial</i>	2008
<i>Renegociar as PPP</i>	BE	Justiça na Economia Propostas	<i>Documento Oficial</i>	2015

<i>Health and Economics Analysis for an evaluation of the PPP in health care delivery across EU</i>	EU	EAHC/2011/Health /20	<i>Documento Oficial</i>	2013
<i>Estudo de avaliação do Value for Money da Parceria Público Privada do Hospital de Braga</i>	Católica Lisbon	2016 CEA	<i>Documento Oficial</i>	2016
<i>Desafios da saúde em Portugal</i>	PWC	www.pwc.pt/saude	<i>Documento Oficial</i>	2013
<i>Broadband - Delivering next generation access through PPP</i>	EPEC	EIB-04/2012-EN	<i>Documento Oficial</i>	2012
<i>An Overview with Case Studies from Recent European Experience</i>	HNP – World Bank	Irina A. Nikolic e Harald Maikisch	<i>Documento Oficial</i>	2006
<i>PPP – Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos</i>	Diário da República	DL nº 111/2012	<i>Decreto Lei</i>	2012
<i>Contrato de gestão do Hospital de Braga</i>	Diário da República	DL nº 75/2019	<i>Decreto Lei</i>	2019
<i>Primeira iniciativa legislativa, de carácter transversal, especificamente dirigida às parcerias público-privadas (PPP)</i>	Diário da República	DL nº 86/2003	<i>Decreto Lei</i>	2003
<i>Determina a redução de encargos e a reversão de Parcerias Público-Privadas</i>	Assembleia da República	Projeto Lei 806/XIII/3ª (PCP)	<i>Nota Técnica</i>	2018
<i>Regras para a celebração de contratos de parceria de gestão na área da saúde</i>	Diário da República	DL nº 23/2020	<i>Decreto Lei</i>	2020
<i>Hospital de Braga - Gestão do Estabelecimento</i>	UTAP	Contrato de Gestão	<i>Documento Oficial</i>	2009
<i>Hospital de Cascais - Gestão do Estabelecimento</i>	UTAP	Contrato de Gestão	<i>Documento Oficial</i>	2008
<i>Hospital de Loures - Gestão do Estabelecimento</i>	UTAP	Contrato de Gestão	<i>Documento Oficial</i>	2009
<i>Hospital de V. Franca Xira - Gestão do Estabelecimento</i>	UTAP	Contrato de Gestão	<i>Documento Oficial</i>	2010

ANEXO F – DIVULGAÇÃO QUESTIONÁRIO

Tabela 97 – Divulgação do questionário

Amostra	Câmara Municipal	Presidente (*)	Área de Influência
Hospital Distrital da Figueira da Foz (EPE)	Figueira da Foz	Dr. Carlos Ângelo Ferreira Monteiro - PS	A área de influência abrange os concelhos da Figueira da Foz e de Montemor-o-Velho e parcialmente, os concelhos de Soure, Cantanhede, Mira e Pombal, sem prejuízo do disposto pelas redes de referência hospitalar, no contexto do Serviço Nacional de Saúde.
	Pombal	Dr. Luís Diogo de Paiva Morão Alves Mateus - PSD	
	Montemor-o-Velho	Dr. Emílio Torrão - PS	
Hospital de Vila Franca de Xira (PPP)	Alenquer	Dr. Pedro Miguel Ferreira Folgado - PS	Respondendo às necessidades da população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira
	Benavente	Dr. Carlos António Pinto Coutinho - CDU	
	Arruda dos Vinhos	Dr. André Filipe dos Santos Matos Rijo - PS	
	Vila Franca de Xira	Dr. Alberto Mesquita - PS	
Centro Hospitalar de Setúbal - S. Bernardo (EPE)	Setúbal	Dra. Maria das Dores Marques Banheiro Meira - CDU	A sua área de influência compreende os concelhos de Palmela, Setúbal, Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines.
	Alcacer do Sal	Dr. Vítor Proença - PS	
	Palmela	Dr. Álvaro Manuel Balseiro Amaro - CDU	
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida (PPP)	Cascais	Dr. Carlos Carreiras - PSD	Prestando cuidados de saúde à população de Cascais, servindo oito aldeias de Sintra (Algueirão-Mem Martins; Pero Pinheiro; Colares; São João das Lampas; Terrugem; Santa Maria e São Miguel; São Martinho e São Pedro de Penaferrim)
Hospital Santo André Leiria (EPE)	Leiria	Dr. Gonçalo Nuno Bértolo Gordalina Lopes - PS	O CHL tem uma área de influência que abrange uma população na ordem dos 400.000 habitantes (residentes nos concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere e parte dos concelhos de Ourém e Soure).
	Porto de Mós	Dr. Jorge Vala - PSD	
	Alcobaça	Dr. Paulo Jorge Marques Inácio - PSD	
	Marinha Grande	Dra. Cidália Maria de Oliveira Rosa Ferreira - PS	
	Nazaré	Dr. Walter Chicharro - PS	
Hospital Beatriz Ângelo Loures (PPP)	Maфра	Dr. Hélder António Guerra de Sousa Silva - PSD	O Hospital Beatriz Ângelo tem uma área de influência que abrange cerca de 300 mil pessoas, distribuídas pelos concelhos de Loures (freguesias de Loures, Camarate, Bucelas, Unhos, Apelação, Sto. António dos
	Sobral de Monte Agraço	Eng. José Alberto Quintino - CDU	
	Odivelas	Dr. Hugo Manuel dos Santos Martins - PS	
	Loures	Dr. Bernardino José Torrão Soares - CDU	

		Cavaleiros, Sto. Antão do Tojal, São Julião do Tojal, Fanhões, Lousa e Frielas), Mafra (freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro), Odivelas e Sobral de Monte Agraço.

Hospital Espírito Santo Évora (EPE)	Évora	Dr. Carlos Manuel Rodrigues Pinto de Sá - CDU	O Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE) é a maior e principal unidade hospitalar do território alentejano, aquela que oferece maior diferenciação e que, para além de receber os utentes do Alentejo Central, trata cada vez mais doentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral.
	Montemor-o-Novo	Dra. Hortênsia dos Anjos Chegado Menino - CDU	
	Estremoz	Dr. Francisco João Ameixa Ramos - Independente	
Hospital de Braga (PPP)	Braga	Dr. Ricardo Rio - PSD	O novo Hospital de Braga cobre uma área de influência maior, e cerca de 1.200 mil pessoas provenientes dos distritos de Braga e Viana do Castelo.
	Viana do Castelo	Dr. José Maria Cunha Costa - PS	

(*) à data de agosto de 2021

ANEXO G – RESULTADOS PRÉ-TESTE

Tabela 98 – Resultados dos pré-testes

Inquirido	Perceitibilidade do questionário	Entendimento das questões	Extensão do questionário	Erros ortográficos ou de semântica	Aspeto visual do questionário	Outras notas	Tempo despendido para resposta
1	O questionário é bastante perceptível.	Foi bastante simples de entender todas as questões devido à clareza das mesmas.	Parece-me um questionário simples e de resposta fácil, o que beneficia a rapidez da resposta e o consequente interesse de quem o responde.	Não detetei nenhum erro nem de ortografia, nem de construção.	Aspeto visual parece-me simples e "clean" o que facilita a resposta e a perceção do questionário como um todo.		6min
2	Muito perceptível.	Entendi todas as questões.	Aceitável tendo em conta o tema.	Nenhum.	Bastante positivo.		5min
3	Percebi o tema e enquadramento.	Nada a salientar.	Rápido.	Nenhum.	Colocaria as opções num tamanho de letra superior.		5min
4	Muito perceptível.	Não, as questões são curtas e perceptíveis.	Aceitável.	Sem erros.	Simples e fácil de perceber.	Talvez no Outro (do hospital que visitou) ter uma opção para colocar qual.	9min
5	Bastante claro.	Entendi.	Razoável.	Nenhum.	Aspeto agradável.		4min
6	No enquadramento "A propósito da sua última visita ao hospital, diga-nos de que modo concorda ou discorda com as seguintes afirmações:" penso que deve ser dado destaque à frase "última visita", em bold talvez.	Entendi todas.	Bom.	Nenhum.	Excelente aspeto.	Considero que as questões monetárias deviam ser facultativas	7min
7	Claro o enquadramento.	Entendi todas, senti uma repetição.	Rápido.	Não detetei nenhum.	Bom	"Sinto que melhorei muito devido a ter sido tratado(a) neste hospital." questão muito parecida com "O tratamento neste hospital contribuiu para eu me sentir melhor."	8min

8	Excelente.	Sem problemas.	Algo extenso.	Não encontrei nenhum.	Excelente.	"Este hospital tem todas as especialidades médicas de que eu necessito." sugiro mudar para "Este hospital teve todas as especialidades médicas de que eu necessitei durante a minha última visita"	10min
9	Boa	Entendi todas as questões.	Excelente.	Nenhum.	Bom.	Considerar perguntas sobre acessibilidades e estacionamento.	8min
10	Claro.	Percebi	Aceitável	Sem erros.	Ótimo		5min
11	Extenso o enquadramento.	Sem dificuldade	Bom.	Não encontrei nenhum.	Bom		6min
12	Sem problemas.	Entendimento bom	Aceitável	Nenhum.	Excelente		6min
13	Claro.	Entendi.	Bom.	Não encontrei.	Bastante simples mas não muito apelativo	No início do questionário não se percebe que temos de carregar no botão "concordo"	5min
14	Excelente.	Todas	Razoável.	Nenhum erro.	Aceitável	Sugiro acrescentar texto a explicar como selecionar as respostas. Não se entende como selecionar.	7min
15	Boa	Claro entendimento	Excelente.	Zero erros	Apelativo	Na pergunta sobre rendimento, não existe opção para estudante (sem rendimento).	9min
16	Claro e perceptível	Sem problemas.	Bom.	Sem erros.	Gostei do aspeto		10min
17	Claro	Entendi	Adequado	Sem erros.	Bom		5min
18	Bom	Bom entendimento	Algo extenso.	Sem erros.	Excelente		4min
19	Excelente.	Sem problemas.	Razoável.	Não detetei nenhum	Gostei do aspeto		7min
20	Claro	Percebi todas as questões	Bom.	Não tem erros	Bom		7min

Fonte: Elaboração própria