



# Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde

Primeira vaga de Hospitais







---

## Primeira vaga de Hospitais

# Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde



### **Ficha Técnica**

#### EQUIPA AUDITORIA

Cristina Richter Salvador  
Francisco Machado  
Maria João Morgado  
Maria João Silveira

#### COORDENAÇÃO GERAL

António Garcia  
(Auditor Chefe do DA IX)

#### CONCEPÇÃO, ARRANJO GRÁFICO E TRATAMENTO DE TEXTO

Ana Salina

*Este Relatório de Auditoria está  
disponível no sítio do Tribunal de Contas  
[www.tcontas.pt](http://www.tcontas.pt)*

*Para mais informações sobre o Tribunal  
de Contas contacte:*

**TRIBUNAL DE CONTAS**  
*Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA*

*Tel: 00 351 21 794 51 00  
Fax: 00 351 21 793 60 33  
Linha Azul: 00 351 21 793 60 08/9  
Email: [geral@tcontas.pt](mailto:geral@tcontas.pt)*





---

## COMPOSIÇÃO DA 2.<sup>a</sup> SECÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS QUE APROVOU ESTE RELATÓRIO

Relator:

Conselheiro Dr. Carlos Moreno

Adjuntos:

Conselheiro Dr. Manuel Henrique de Freitas Pereira

Conselheiro Dr. Raul Jorge Correia Esteves

## ESTRUTURA GERAL DO RELATÓRIO

I Sumário Executivo

II Corpo do Relatório

III Recomendação Final, Destinatários, Publicidade e Emolumentos

IV Anexos

---







## ÍNDICE

I	SUMÁRIO EXECUTIVO.....	5
1.	INTRODUÇÃO.....	5
1.1.	Constituição da Equipa de Projecto e de auditoria .....	5
1.2.	Natureza e âmbito da auditoria .....	5
1.3.	Objectivos da acção.....	5
1.4.	Metodologia e Procedimentos.....	5
1.5.	A estratégia de controlo das PPP pelo TC .....	6
1.6.	Exercício do Contraditório.....	6
2.	CONCLUSÕES .....	7
2.1.	Conclusões gerais .....	7
2.2.	Conclusões específicas .....	8
2.2.1.	O Programa PPP da Saúde e a primeira vaga de unidades hospitalares .....	8
2.2.2.	A opção por um modelo de risco substancial .....	8
2.2.3.	O experimentalismo da implementação .....	9
2.2.4.	A falta de cumprimento das metas planeadas.....	9
2.2.5.	Um concurso cancelado .....	11
2.2.6.	Um concurso extinto e reeditado.....	11
2.2.7.	A facilidade aparente das PPP.....	12
2.2.8.	A ineficácia do lançamento de PPP em vagas sucessivas.....	12
2.2.9.	A falta de diagnóstico prévio por parte do Estado.....	13
2.2.10.	A ausência de um projecto-piloto .....	13
2.2.11.	A carga burocrática .....	13
2.2.12.	Acumulação de transacções e incapacidade de resposta dos recursos.....	13
2.2.13.	A falta de padrões de referência .....	14
2.2.14.	A rigidez dos cadernos de encargos .....	14
2.2.15.	A falta de clareza das peças concursais.....	14
2.2.16.	O impacto da aprovação dos projectos de construção na fase de negociação final.....	15
2.2.17.	A falta de coerência pública .....	15
2.2.18.	A perspectiva veiculada pelo sector privado.....	15
2.2.19.	Medidas correctivas .....	16



3.	SÍNTESE DAS CONCLUSÕES.....	17
4.	RECOMENDAÇÕES .....	20
II	CORPO DO RELATÓRIO.....	21
5.	O ENQUADRAMENTO DO PROGRAMA DE PPP NA SAÚDE.....	21
5.1.	A gestão empresarial no SNS.....	21
5.2.	A génese do quadro legal .....	21
5.3.	O modelo de PPP da Saúde .....	22
5.4.	A primeira vaga de projectos hospitalares .....	23
5.5.	As estruturas de coordenação.....	23
6.	PONTO DE SITUAÇÃO SOBRE A PRIMEIRA VAGA DE PPP .....	25
6.1.	Os objectivos iniciais.....	25
6.2.	O desempenho por unidade hospitalar.....	25
6.2.1.	Hospital de Loures .....	25
6.2.2.	Hospital de Cascais .....	26
6.2.3.	Hospital de Braga.....	27
6.2.4.	Hospital de Vila Franca de Xira .....	28
6.2.5.	Hospital de Sintra .....	30
6.3.	O desempenho por fase de concurso.....	31
6.4.	O desempenho global do Programa de PPP.....	32
6.4.1.	Ritmo de lançamento .....	32
6.4.2.	Projectos contratados .....	32
6.4.3.	Hospitais em construção .....	33
6.4.4.	Hospitais construídos .....	33
7.	OS FUNDAMENTOS DA DERRAPAGEM .....	33
7.1.	O optimismo face à complexidade do modelo.....	33
7.2.	A originalidade das fases concursais .....	34
7.3.	O inédito enquadramento do projecto de execução .....	35
7.4.	Um modelo não testado.....	35
7.5.	A lenta acumulação de experiência.....	36
7.6.	Uma implementação experimentalista .....	37
7.7.	A falta de avaliação prévia das capacidades do Estado.....	37
7.8.	A falta de adequados instrumentos de planeamento sectorial .....	38
7.9.	A falta de padrões de referência .....	39
7.10.	O efeito “bola de neve” .....	40
7.11.	A intervenção das entidades públicas .....	41
7.12.	A desadequação dos recursos .....	43
7.13.	A falta de clareza das peças concursais.....	44





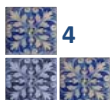
7.14.	A rigidez dos cadernos de encargos .....	45
7.15.	A carga burocrática .....	46
7.16.	O papel das comissões de avaliação de propostas.....	46
7.17.	Os vícios procedimentais.....	48
8.	MEDIDAS DE GESTÃO CORRECTIVAS .....	51
III	RECOMENDAÇÃO FINAL, DESTINATÁRIOS, PUBLICIDADE E EMOLUMENTOS .....	53
9.	RECOMENDAÇÃO FINAL .....	53
10.	DESTINATÁRIOS .....	53
11.	PUBLICIDADE .....	54
12.	EMOLUMENTOS.....	54
IV	ANEXOS .....	57





## SIGLAS

<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>ARSLVT</b>	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
<b>CA</b>	Comissão de Acompanhamento
<b>CAP</b>	Comissão de Avaliação de Propostas
<b>CE</b>	Caderno de Encargos
<b>CFMS</b>	Controlador Financeiro do Ministério da Saúde
<b>CMVFX</b>	Câmara Municipal de Vila Franca de Xira
<b>CPC</b>	Custo Público Comparável
<b>DBOFT</b>	Design Built Operate Finance and Transfer
<b>DGIES</b>	Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde
<b>DGS</b>	Direção Geral da Saúde
<b>EMPS</b>	Estrutura de Missão Parcerias Saúde
<b>EPC</b>	Entidade Pública Contratante
<b>GCI</b>	Grupos de Coordenação Interdepartamental
<b>GPS</b>	Grupo Português de Saúde
<b>HPP</b>	Hospitais Privados de Portugal
<b>IGIF</b>	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
<b>MOPTC</b>	Ministério das Obras Públicas Transportes e Comunicações
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>PPP</b>	Parcerias Público Privadas
<b>TC</b>	Tribunal de Contas
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde





## I SUMÁRIO EXECUTIVO

### 1. INTRODUÇÃO

#### 1.1. Constituição da Equipa de Projecto e de auditoria

Em sessão de 17 de Abril de 2008, o Plenário da 2.ª Secção do Tribunal de Contas, considerando a importância das consequências negativas que as derrapagens ocorridas ao longo do processo adjudicatório do Programa Português de PPP da Saúde, designadamente no âmbito dos processos de *procurement*, relativos aos hospitais designados de 1ª vaga (Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira) têm para o erário público e para a disponibilidade aos utentes de bens de interesse público, deliberou pela constituição de uma equipa de projecto e de auditoria, interdepartamental e interdisciplinar com o objectivo de desenvolver uma análise à Gestão do Programa supra citado.

#### 1.2. Natureza e âmbito da auditoria

A presente acção reveste a natureza de uma auditoria temática, visando a matéria da Derrapagem do Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde e incidindo sobre a actividade do Estado neste domínio e, em particular, no seu desempenho nos processos de contratação dos designados hospitais de 1.ª vaga (Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira).

#### 1.3. Objectivos da acção

De acordo com o Plano Global da Auditoria, o objectivo foi o de identificar e caracterizar os factos que deram origem aos atrasos verificados nos processos de contratação das referidas PPP.

#### 1.4. Metodologia e Procedimentos

A metodologia utilizada teve subjacentes os princípios, métodos e técnicas utilizados pelo Tribunal de Contas, constantes do seu Manual de Auditoria e Procedimentos e, bem assim, as práticas e normas aceites pelas organizações internacionais de controlo externo como é o caso da INTOSAI<sup>1</sup>, em especial, as linhas de orientação sobre as melhores práticas definidas por esta entidade no domínio das auditorias a parcerias público-privadas e a concessões.

O presente trabalho teve ainda subjacente as Linhas de Orientação e Procedimentos para o Desenvolvimento de Auditorias Externas a PPP, aprovadas pelo Tribunal de Contas.

Numa primeira fase, procedeu-se ao levantamento e análise dos elementos de informação disponíveis no Tribunal. Posteriormente, foram efectuados diversos levantamentos de informação, com base em riscos preliminarmente identificados e elaborados questionários de auditoria.

Para efeitos de levantamento de informação desenvolveram-se contactos com os **principais serviços do Ministério da Saúde intervenientes neste tipo de contratação**, bem como com a **Parpública, S.A.**, enquanto entidade designada para a prestação de assessoria ao Ministério das Finanças na área das PPP.

<sup>1</sup> *International Organization of Supreme Audit Institutions*, instituição criada em 1953, no seio da ONU e que congrega Instituições Superiores de Controlo Financeiro de todo o mundo Portugal é seu membro fundador



O TC obteve, também, a colaboração de serviços públicos de inspecção, mais concretamente da Inspeção-Geral de Actividades em Saúde e da Inspeção-Geral de Finanças.

Foi considerado, por outro lado, essencial colher informação relevante junto da Entidade Reguladora da Saúde, dada a importância das respectivas atribuições legais, quanto à regulação e supervisão do cumprimento das obrigações legais e contratuais do acesso aos cuidados de saúde, na perspectiva do utente, nomeadamente no tocante à observância dos níveis de qualidade e à segurança e respectivos direitos.

De forma a que fosse possível melhor avaliar a gestão pública e consolidar a informação recolhida pelo TC, foi igualmente pedida a colaboração quer **de especialistas<sup>2</sup>, quer de intervenientes directos nos processos de PPP, quer, ainda, dos principais concorrentes.**

**Esta metodologia, atenta a complexidade dos processos e a multiplicidade dos intervenientes, permitiu um extenso cruzamento de informação e, conseqüentemente, um fortalecimento de garantias, no tocante às conclusões e observações de auditoria do TC.**

O desenvolvimento desta acção exigiu a selecção e consulta de diversos documentos (produzidos tanto por entidades públicas, como por privadas), na origem classificados de **confidenciais**. O TC sublinha que a utilização de informação nestas condições foi feita, em conformidade com as normas internacionais de auditoria aplicáveis, daí tendo resultado a não identificação da origem de alguma da informação de base.

**Os trabalhos de auditoria decorreram de 11 de Abril a 16 de Outubro de 2008, tendo sido analisada toda a informação pertinente disponível até essa data, sem prejuízo de referências, neste relatório, a factos posteriores relevantes.**

### 1.5. A estratégia de controlo das PPP pelo TC

O controlo das PPP tem sido um dos objectivos estratégicos do TC. A prossecução de tal objectivo implica a necessidade de perspectivar no tempo e de forma integrada a abordagem das PPP, em

cada sector, sustentada numa sequência coerente de acções de controlo.

Foi por isso que a presente acção permitiu, também, efectuar o levantamento preliminar de riscos para futuras auditorias em áreas transversais à gestão das PPP, no sector da Saúde. De facto, durante a execução do presente trabalho foi recolhido um conjunto considerável de **informação cuja riqueza extravasa os objectivos definidos para a presente auditoria.**

Daí que o Auditor Externo considere pertinente a **inclusão, em futuras auditorias, de diversas vertentes da gestão pública das PPP, no sector da Saúde, tal como já o fez relativamente às PPP rodoviárias e ferroviárias.**

### 1.6. Exercício do Contraditório

No sentido de dar cumprimento ao disposto na Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com a nova redacção dada pela Lei n.º 48/06, de 29 de Agosto, nomeadamente aos seus artigos 13.º e 87.º, o Juiz Relator do processo enviou um relatório preliminar, com os resultados da auditoria, a coberto de ofícios por si assinados, ao Presidente do Conselho de Administração da Parpública, S.A., ao Encarregado e ao Ex-Encarregado de Missão Parcerias Saúde, ao Director-Geral da Saúde, ao Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ao Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, ao Inspector-Geral de Finanças, ao Inspector-Geral das Actividades em Saúde, ao Presidente do Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde, ao Controlador Financeiro do Ministério da Saúde, à Controladora Financeira do Ministério das Obras Públicas Transportes e Comunicações, bem como aos responsáveis pelas entidades concorrentes no âmbito do Programa das Parcerias em Saúde da 1.ª Vaga. Este procedimento teve por finalidade permitir a todos os possíveis interessados nos resultados da auditoria do TC pronunciarem-se sobre o conteúdo e conclusões daquele documento.

Daquele conjunto de destinatários todos se pronunciaram, à excepção do Director-Geral da Saúde, do Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, do Controlador Financeiro do Ministério da Saúde e de três das quatro entidades privadas concorrentes.

<sup>2</sup> Dra Mariana Abrantes de Sousa, Dr Jorge Abreu Simões e Dr Luís de Salles Camejo















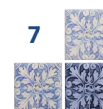
As respostas recebidas contribuíram para corrigir, aclarar ou precisar a matéria de facto, bem como para melhor formular ou modelar as observações e as conclusões de auditoria do TC.

As respostas apresentadas constam, na íntegra, de Anexo a este Relatório, dele fazendo parte integrante, tendo, sempre que tal foi entendido como pertinente, sido, também, em síntese, incluídas no ponto a que respeitam do presente documento.

## 2. CONCLUSÕES

### 2.1. Conclusões gerais

-  Cerca de **sete anos depois da criação da Estrutura de Missão Parcerias Saúde e cinco anos depois de ter sido lançado o primeiro concurso**, o programa de PPP do Sector da Saúde **ainda não havia dado origem, definitivamente, a qualquer processo de contratação completo**, pondo em causa a credibilidade daquele Programa. Apenas em Novembro de 2008, já terminados os trabalhos de auditoria, foi visado pelo TC o contrato do Hospital de Cascais.
-  **As expectativas iniciais, transmitidas pelo Estado ao mercado, acabaram por não se concretizar**, de acordo, aliás, com a opinião da generalidade das entidades privadas interessadas, contactadas pelo TC.
-  Tais entidades consideram ter cumprido o seu papel, nomeadamente respeitando os prazos que lhes foram impostos, no quadro dos concursos respectivos, enquanto o **Estado não foi capaz de impor, a si próprio, uma adequada disciplina de gestão dos processos concursais**.
-  Desde logo, o Estado optou pela implementação de um **modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional**, no âmbito de um Ministério – o da Saúde - que **não possuía qualquer experiência prévia em PPP**.
-  Não obstante, o Estado decidiu efectuar o lançamento **de 10 PPP a um ritmo de 2/3 projectos por ano**.
-  Assim, ao contrário do que seria aconselhável e adequado, **não foi feito uso de um projecto-piloto** que possibilitasse testar não só o modelo e o desenho dos procedimentos de contratação, como, também, a capacidade de gestão do próprio Estado.
-  Neste contexto, **optou-se por, de início, gerir a fase de contratação principalmente com recurso ao outsourcing e uma intervenção mais limitada das entidades que detinham, tradicionalmente, no Ministério da Saúde, funções de planeamento e gestão sectorial**.
-  Posteriormente, não tendo resultado esta via, **aquelas entidades vieram a ser incluídas na gestão da contratação, o que criou novos problemas em matéria de articulação entre elas e os consultores**.
-  Na maioria dos concursos, a fase de **avaliação de propostas foi aquela em que se verificaram os maiores atrasos**. Com efeito, esta fase durou, nos quatro concursos lançados, entre **13 a 23 meses, contra um objectivo inicial de 5 meses**, ou seja com uma derrapagem que oscilou entre os 160% e os 360%.
-  Existiu mesmo, nesta fase, um concurso que foi extinto por iniciativa da respectiva Comissão de Avaliação de Propostas, com o argumento de que seriam incomparáveis as propostas dos concorrentes.
-  Constatou-se que foi na fase de avaliação de propostas, que se verificou a **concorrência de efeitos de diversas fragilidades já antes presentes, como a falta de clareza das peças concursais e a inexplicável óptica subjacente aos cadernos de encargos, muito próxima de uma contratação tradicional, bem como as insuficiências na elaboração do comparador público, entre outras**.
-  Outra fase, na qual se verificaram **extensos atrasos** foi a da negociação final. No caso do concurso do Hospital de Cascais, esta fase prolongou-se por cerca de **11 meses, quando o objectivo inicial era o de 3 meses**.



Acresce que, no caso do concurso do referido Hospital de Cascais, considerando o conjunto das fases de negociação competitiva e de negociação final<sup>3</sup>, as negociações com os concorrentes estenderam-se por cerca de **17 meses**. Por outro lado, à data da finalização dos trabalhos desta auditoria, ou seja Outubro de 2008, no concurso para o Hospital de Braga, a negociação com os concorrentes decorria já há cerca de **20 meses**, sem que se previsse o seu *terminus*.

Para além do que precede, é, ainda, de relevar que, em função das fragilidades citadas, **foram gizadas alterações aos procedimentos, não só em grande parte dos concursos que ainda decorrem, como, principalmente, nos da segunda vaga de PPP hospitalares.**

Note-se que o próprio modelo de PPP inicial foi alterado, pelo que a segunda vaga de PPP deixará de incluir, no objecto de concurso, a gestão clínica.

Quer isto dizer que o Estado decidiu alterar o modelo de PPP que inicialmente havia definido, mesmo antes de este ser testado em concreto, uma vez que, quando procedeu à sua alteração não existia nenhum contrato em execução.<sup>4</sup>

No essencial, pode concluir-se que nenhum dos objectivos de contratação inicialmente definidos foi, até agora, atingido, o que conduz, neste domínio das PPP Saúde, a que se possa concluir por ineficácia, por parte do Estado.

Não obstante o que precede, deve referir-se que a Estrutura de Missão Parcerias Saúde informou ter empreendido, a partir de 2007, um conjunto de acções com o objectivo de melhorar a eficácia do Programa PPP Saúde, o que o Tribunal entende sublinhar como positivo, sem prejuízo de, em momento oportuno, poder vir a avaliar os efeitos de tais medidas.

<sup>3</sup> Ainda assim, já depois da fase de negociação final, há que ter em conta que o contrato inicial veio a ser reformulado por forma a obter o visto do TC

<sup>4</sup> Em sede de alegações, a Parcerias Saúde alegou que “... sendo a decisão sobre o modelo de PPP (no sentido da definição do seu âmbito ou abrangência do contrato) de natureza essencialmente política, a alteração do modelo não teria que resultar necessariamente da avaliação dos resultados obtidos com o modelo inicial.” (...).

## 2.2. Conclusões específicas

### 2.2.1. *O Programa PPP da Saúde e a primeira vaga de unidades hospitalares*

O anúncio do lançamento, em 2001, da **1.ª vaga de Hospitais**, do Programa de Parcerias Público Privadas para a Saúde, deu-se sob a égide do **XIV Governo Constitucional** e incluía unidades hospitalares enquadráveis territorialmente em Loures, Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Sintra.

Foi também criada, em Setembro de 2001, a Estrutura de Missão Parcerias Saúde, na directa dependência do Ministério da Saúde, com o objectivo de executar a estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão, no âmbito do SNS, nomeadamente através da criação de PPP.

Com a entrada em funções do **XV Governo Constitucional**, foi anunciada, logo em 2002, a 2.ª vaga de PPP Saúde, com 5 hospitais de substituição: Algarve, Évora; Guarda, Póvoa do Varzim/Vila do Conde, e Vila Nova de Gaia.

Como o veio a referir ao Tribunal uma entidade privada, o Programa foi promovido “extensivamente, em Portugal e internacionalmente (...) por forma a captar parceiros e financiamentos internacionais”.

### 2.2.2. *A opção por um modelo de risco substancial*

O mau desempenho do Programa de PPP é substancialmente explicado pelas diversas entidades contactadas, por razões ligadas à complexidade e inovação do modelo utilizado.

#### A complexidade do modelo

A estrutura contratual viria a assentar na escolha de um **modelo** que **integrava dois objectos diferentes**, ou seja, por um lado, a gestão clínica e, por outro, a construção e gestão de infra-estrutura de hospitais, isto **com prazos de contratação diferenciados**, respectivamente, de 10 e 30 anos.

A inclusão do **risco clínico** na primeira vaga de PPP/Saúde determinou a complexidade do objecto concursal, tendo também obrigado o Estado a uma análise, avaliação e



negociação bastante mais complexa e que teve repercussões negativas, a nível do cumprimento dos prazos fixados.

Note-se que, para além do mais, tal complexidade exigiria extremo rigor no planeamento da contratação, o que, como se verá adiante, não existiu.

### A ausência de experiências internacionais semelhantes

**O modelo de PPP/Saúde surgiu num contexto que impossibilitou a recolha de experiências internacionais similares, por inexistentes.**

Note-se que, mesmo um dos modelos de PPP estrangeiros que possuía mais pontos em comum com o modelo Português<sup>5</sup>, nomeadamente por incluir a vertente clínica, havia porém sido alterado em 2003, tendo resultado num contrato significativamente diferente do inicial, já que passou a incluir a prestação dos cuidados de saúde primários, os quais não estão previstos no modelo português.

Ora, em Portugal, foi, naquele mesmo ano, lançada a primeira PPP da primeira vaga de hospitais, no caso o Hospital de Loures, que incluía a construção e gestão da infra-estrutura e a gestão clínica.

Todavia, já era então patente que, de forma progressiva, ia ganhando internacionalmente terreno a adesão ao modelo britânico, o qual excluía a gestão clínica.

**Note-se que, por um lado, o factor complexidade era do conhecimento geral, desde o início do Programa de PPP da Saúde e que, por outro lado, a ausência, no panorama internacional, de paralelo, para o modelo adoptado, era igualmente conhecido, tendo um responsável pela EMPS referido ao Tribunal que, ao Governo de então, haviam sido apresentadas diferentes hipóteses para o modelo a seguir, antes do lançamento do primeiro dos concursos.**

**Ou seja, constatou-se que, quer a complexidade, quer o carácter inovador do modelo, eram, desde o princípio, condicionantes bem conhecidas pela gestão, pelo que, por si só, não poderiam ser**

**factores invocados como justificações para a derrapagem do Programa.**

### 2.2.3. *O experimentalismo da implementação*

**A capacidade do Estado para a implementação de parcerias na Saúde acabou por ser obtida da pior maneira, isto é, através de sucessivos revezes nos consecutivos concursos lançados, os quais tardaram em produzir benefícios identificáveis tanto para os utentes, como para os concorrentes, como, até, para o próprio Estado, no que concerne aos ganhos em Saúde.**

Se o facto de ter havido **alguma aprendizagem** é, na opinião da maioria das entidades ouvidas pelo TC, um dos principais **aspectos positivos** da primeira vaga de PPP, não se pode ignorar que tal aprendizagem resultou de um processo de **gestão pública fortemente experimentalista**, no qual se foram introduzindo **sucessivas alterações** quanto ao modelo, ao desenho dos procedimentos e ao envolvimento das entidades públicas.

Um outro aspecto a sublinhar é o de que a **ineficácia da gestão pública neste domínio implicou, também, uma utilização experimentalista da resposta do sector privado**, particularmente no caso do primeiro concurso do Hospital de Loures, uma vez que nem sequer foi terminada, com sucesso, a fase de avaliação de propostas.

**No caso do Hospital de Cascais, o tal experimentalismo implicou, por seu turno, a introdução, durante a fase de negociação com um só concorrente, de aspectos não cobertos pelas peças concursais, os quais estiveram na base da recusa inicial de Visto, ao contrato, pelo TC<sup>6</sup>.**

Esta opção de implementação por uma via experimentalista, que constituiu uma das principais características da gestão pública da 1.ª Vaga de PPP/Saúde, contribuiu fortemente para a derrapagem ocorrida nos processos de contratação.

### 2.2.4. *A falta de cumprimento das metas planeadas*

<sup>6</sup> Existiram também aspectos que na negociação competitiva deveriam ter ficado definidos em resultado da BAFO. Entretanto o contrato já reformulado viria a ser visado pelo TC, o que ocorreu em Novembro de 2008.

<sup>5</sup> Modelo que veio a ser conhecido como “Modelo Alzira”, Espanha





## Concursos lançados

Em Novembro de 2003, previa-se que, **até ao final de 2006**, todos os **10 concursos**, relativos às primeira e segunda vagas de projectos hospitalares em PPP, estariam já lançados e que se encontrariam até já em construção 4 hospitais.

Porém, apenas em 2007, se viria a dar o lançamento do quarto hospital em PPP (segundo concurso relativo ao Hospital de Loures).

## Ritmo de lançamento de concursos

Em Dezembro de 2002<sup>7</sup>, a EMPS apontava para o lançamento de **2 a 3 concursos de PPP, por ano**.

Todavia, não considerando, por motivos óbvios, a duplicação do concurso do Hospital de Loures, foi tão só efectuado, em média, o lançamento de 1 concurso por ano.

Por outro lado, **mesmo considerando o mínimo previsto pela EMPS**, de lançamento de dois concursos por ano, a verdade é que se obtém **um desvio, em média, de cerca de 50%** relativamente à meta inicialmente traçada.

## Concursos terminados

Dos **10 inicialmente previstos**, não existia nenhum projecto definitivamente contratado até à data de encerramento dos trabalhos de auditoria<sup>8</sup>, o que representa uma eficácia profundamente negativa.

Dos concursos anunciados em 2002, o mais próximo de estar concluído é o relativo ao **Novo Hospital de Cascais**.

Note-se que tendo a assinatura do respectivo contrato de gestão sido efectuada, em 22 de Fevereiro de **2008**, posteriormente, a **15 de Julho do mesmo ano**, o TC veio a recusar o competente Visto<sup>9</sup>. Na sequência de

**interposição de recurso, em Novembro de 2008, o TC acabou por conceder o Visto ao contrato**<sup>10</sup>.

O processo concursal respectivo prolongou-se, assim, por **mais de 4 anos**, ou seja durou o **dobro do inicialmente estimado** pela EMPS.

## Etapas processuais

A partir do lançamento dos concursos, **todas as etapas processuais apresentaram derrapagens, face às metas inicialmente traçadas**.

### ✘ Apresentação de propostas

Ainda que a fase de apresentação de propostas tenha, em alguns casos, decorrido em menos tempo do que o inicialmente previsto, tal não se pode considerar significativo, do ponto de vista da avaliação da gestão pública da contratação, visto que esta fase dependia essencialmente de um prazo previamente definido, bem como do desempenho dos concorrentes privados.

### ✘ Avaliação de propostas

A fase de avaliação de propostas, até Outubro de 2008, já apresentava um **desvio, relativamente ao objectivo inicial, de, em média, 240%**, ou seja cerca de três vezes e meia mais do que o inicialmente estimado<sup>11</sup>.

Na maioria dos concursos, a **fase de avaliação de propostas foi, de todas as extensas fases concursais, a que apresentou os maiores atrasos**.

Esta fase durou, nos quatro concursos já lançados, entre cerca de **13 e 23 meses, contra um objectivo inicial de apenas 5 meses**.

### ✘ Fase de negociação final (negociação com um só concorrente)

<sup>7</sup> 11 e 12 de Dezembro de 2002 - apresentação das bases do modelo de parceria Definida já a primeira e a segunda vaga de unidades hospitalares, num total de 10 hospitais

<sup>8</sup> 16 de Outubro de 2008

<sup>9</sup> Para melhor compreensão da actuação do TC, em sede de fiscalização preventiva, recomenda-se a leitura do Acórdão n.º 96/08 – 15 de Julho – 1.ª S/SS

<sup>10</sup> Vide Decisão n.º 782/08 do TC – 1.ª S/SS, de 04 de Novembro de 2008

<sup>11</sup> Inclui-se a fase de avaliação de propostas do segundo concurso do Hospital de Loures, ainda não terminada, à data dos trabalhos de auditoria





A fase de negociação final apresentava, em Outubro de 2008, também um **desvio, relativamente ao objectivo inicial, de, em média, 200%**, o que corresponde em **termos de prazo ao triplo do que estava inicialmente previsto**<sup>12</sup>.

No caso do concurso do Hospital de Cascais, só esta fase estendeu-se por cerca de **11 meses**, face ao objectivo inicial de **3 meses, o que significa quase 4 vezes mais**.

✘ **Duração total das negociações com os concorrentes**

Por outro lado, há também que apurar qual **o tempo total que duraram as negociações com os concorrentes**, ou seja a adição do tempo gasto com as fases de negociação competitiva e de negociação final.

Nesta óptica, no caso do concurso relativo ao **Hospital de Cascais**, as negociações com os concorrentes estenderam-se por cerca de **17 meses**.

Por seu turno, a negociação com os concorrentes, no concurso relativo ao **Hospital de Braga**, à data do final dos trabalhos de auditoria, ou seja em Outubro de 2008, já levava cerca de **20 meses**, sem que estivesse então, previsto o seu *terminus*.

 **Hospitais construídos**

**De acordo com os objectivos traçados, em 2003, pela EMPS, deveriam estar, em 2006, já em fase de construção 4 hospitais.**

Ora, a realidade é a de que, **apenas em 2008**, se iniciou a **construção do primeiro hospital**, concretamente, do Hospital de Cascais.

*2.2.5. Um concurso cancelado*

**A quinta parceria hospitalar**, inicialmente prevista e que completava a designada primeira vaga de PPP, ou seja, a relativa ao Hospital de Sintra, **acabou por ver o respectivo concurso cancelado**.

Com efeito, sucedeu que, tendo o Contrato de Gestão do Hospital Amadora-Sintra sido assinado em 4 de Junho de 2004<sup>13</sup>, a partir do 5.º Relatório de Acompanhamento, elaborado pela EMPS, em 31 de Dezembro de 2006, passou a referir-se ter sido decidido que o contrato de gestão, cujo prazo terminaria em 31 de Dezembro de 2008, não seria renovado, e que se previa a realização de **novo concurso quer para a celebração de novo contrato de gestão, quer, ainda, para a construção e gestão de uma “extensão em Sintra”**.

**Constatou-se, porém, que, no decurso de 2008, o Hospital Fernando da Fonseca deixou de ter uma Gestão Privada e veio a ser transformado numa EPE, através do Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de Outubro, com efeitos a partir do dia seguinte à data de publicação do referido diploma.**

*2.2.6. Um concurso extinto e reeditado*

**Até ao final dos trabalhos de auditoria, ou seja Outubro de 2008, o único concurso efectivamente findo, foi-o pela via anómala da respectiva extinção e dizia respeito ao caso do primeiro concurso do Hospital de Loures.**


**Aliás, esta situação ocorreu por iniciativa da própria Comissão de Avaliação de Propostas, não se tendo concluído, com sucesso, a fase de avaliação de propostas, nem, conseqüentemente, tido lugar as duas fases concursais seguintes, isto é, a fase de negociação competitiva e a fase de negociação final.**


<sup>12</sup> Inclui-se a fase de negociação final do segundo concurso do Hospital de Braga, ainda não terminada, à data dos trabalhos de auditoria

<sup>13</sup> No dia 10 de Outubro de 1995, foi celebrado o Contrato de Gestão (CG) do HFF, entre a ARSLVT e o consórcio privado – Hospital Amadora/Sintra - Sociedade Gestora, S A (HASSG), que entrou em vigor no dia 1 de Novembro de 1995. Em 2004, o CG foi renegociado e em 4 de Junho desse ano, foi celebrada a renovação do CG com produção de efeitos a 1 de Janeiro, em cumprimento do disposto na Portaria n.º 587/2004, de 2 de Junho, publicada no DR, I Série, n.º 129, de 2 de Junho de 2004, através da qual foi autorizada a referida renovação



Todavia, este mesmo concurso foi, posteriormente, reeditado, estando a decorrer ainda, mas com baixo potencial competitivo.

 O concurso relativo ao Hospital de Loures, lançado em 2003, pelo Estado e por este extinto, por motivos que, em primeiro lugar, se prendem com a gestão da contratação, implicou a mobilização de diversos concorrentes, sem que, contudo, houvesse qualquer adjudicação.

 Não obstante tudo o que precede, em 2007, ocorreu uma “segunda edição do mesmo concurso”, ao qual se apresentaram apenas dois concorrentes.

Em suma, o Estado, não obstante ter dado azo a que os concorrentes suportassem custos com a apresentação das suas propostas, acabou por extinguir o primeiro procedimento relativo ao Hospital de Loures, e apenas cerca de 4 anos depois decidiu lançar um concurso com o mesmo objecto, com um nível potencial de competitividade bastante inferior.

### 2.2.7. *A facilidade aparente das PPP*

É reconhecido que o recurso às PPP permite ultrapassar não só **restrições orçamentais**, como, em muitos casos, o **deficit de infra-estruturas e de serviços públicos**.

Nas PPP, como a gestão do projecto, nas vertentes de financiamento, projecto, construção, e operação<sup>14</sup> está a cargo do sector privado, e não do Estado, este, **por vezes, não cuida de minuciosamente adequar o seu planeamento e os seus recursos a este tipo de contratação, o qual difere, em muito, do da contratação pública tradicional.**

Com efeito e além do mais, a contratação em PPP, ao implicar maior exigência na construção de instrumentos contratuais, bem como na análise e na articulação entre todas as entidades envolvidas, e, bem assim, uma maior percepção dos factores relevantes para o mercado, faz avolumar muitas das fragilidades já antes evidenciadas na gestão pública directa.

Este aparente facilitismo apresenta-se como a explicação mais verosímil para que o Estado não tenha assumido a **desejável prudência na utilização deste tipo de contratação, agora no âmbito das PPP Saúde, como se relata no presente documento.**

### 2.2.8. *A ineficácia do lançamento de PPP em vagas sucessivas*

O Estado, ao efectuar o lançamento das PPP Saúde em vagas sucessivas, acabou por condicionar o seu sucesso.

**De facto, foi o lançamento simultâneo de várias PPP, num contexto de falta de conhecimento das reais necessidades da correspondente gestão, a primeira causa da derrapagem do Programa de PPP da Saúde.**

Com efeito, na contratação, em PPP, a gestão criteriosa do fluxo de projectos<sup>15</sup> é tecnicamente reconhecida como essencial, entre outros aspectos<sup>16</sup>, para:

- ✘ Uma reprodutiva aprendizagem de concurso para concurso;
- ✘ Manter em níveis suportáveis a pressão sobre os recursos do Estado;
- ✘ Melhorar o aproveitamento da capacidade de resposta existente no sector privado;
- ✘ Em suma, recorrer a este tipo de contratação de forma eficiente e eficaz.

**Não obstante, parece curial que o lançamento simultâneo de projectos de investimento, com características semelhantes, pode, eventualmente, ter vantagens relacionadas com os ganhos de eficiência nas estruturas de gestão, ou na atracção de parceiros privados.**

<sup>14</sup> DBFOT

<sup>15</sup> Project pipeline.

<sup>16</sup> Por exemplo, para assegurar a sustentabilidade orçamental



Porém, não tendo sido asseguradas, antes do início do Programa, adequadas condições para a gestão pública, em termos de recursos e de organização, o resultado foi, não só o de terem sido criadas falsas expectativas ao mercado<sup>17</sup>, como o de nenhuma das vantagens que se poderiam obter com o lançamento em vaga, foram alcançadas.

#### 2.2.9. *A falta de diagnóstico prévio por parte do Estado*

✚ A falta de adequado planeamento na articulação de entidades públicas

De início, optou-se por gerir a fase de contratação com o recurso ao *outsourcing* e com uma intervenção mais limitada das entidades do Ministério da Saúde.

Quando, mais tarde, tais entidades vieram a ser progressivamente incluídas na gestão da contratação, tornaram-se evidentes problemas na articulação entre elas, bem como com os consultores.

✚ A falta de experiência em PPP

Na altura do lançamento do Programa de PPP na Saúde não existia, no seio das entidades públicas sectoriais, qualquer experiência específica em contratação de PPP.

Apesar disso, o Estado entendeu, desde início, que tais entidades sectoriais deviam concorrer para o lançamento de 10 unidades hospitalares, a um ritmo de 2 a 3 projectos por ano, o que se veio a verificar ser manifestamente irrealista.

#### 2.2.10. *A ausência de um projecto-piloto*

Uma vez que o Ministério da Saúde não era portador de experiência alguma anterior, na preparação e lançamento de PPP, e dado que pretendia adoptar um modelo sem paralelo no campo internacional, tornava-se imperativo testar o modelo através de um projecto-piloto, antes de avançar com o Programa.

Assim não tendo acontecido, as deficiências de gestão, cujos efeitos poderiam ter sido limitados a um único projecto-piloto, acabaram por se reflectir **no conjunto dos projectos e na derrapagem de todo o programa.**

Se é certo que imperativos como a transparência, a concorrência e até mesmo a própria coerência do objecto do concurso exigem que seja assegurada estabilidade processual, também não é menos verdade que tal estabilidade acaba por **limitar fortemente a incorporação da experiência obtida, uma vez já lançado o processo de contratação.**

Ora, como, aliás, o demonstra o caso do primeiro concurso do Hospital de Loures, **é impossível suprir, posteriormente ao lançamento de um concurso, aspectos que estejam intimamente relacionados com deficiências das próprias peças concursais. A deficiente concepção dos critérios de avaliação, neste preciso caso, deu exactamente origem à impossibilidade de comparação das propostas, o que acabou por constituir a base para a extinção do concurso.**

#### 2.2.11. *A carga burocrática*

Antes do lançamento do primeiro concurso, estavam identificados os principais promotores que viriam a constituir os agrupamentos concorrentes.

De facto, verificou-se, nos diversos concursos, uma constância relativamente à participação dos diversos agrupamentos, ao longo do Programa.

Assim, os mesmos concorrentes foram sujeitos a uma fase de qualificação, por cada concurso, entregando repetidamente os mesmos documentos.

**Um dos concorrentes referiu mesmo ao Tribunal ter entregue, ao longo dos concursos em que participou, cerca de 300 relatórios e contas idênticos.**

#### 2.2.12. *Acumulação de transacções e incapacidade de resposta dos recursos*

Outra consequência do lançamento das PPP em vaga foi a da **acumulação de transacções, ao nível das entidades e estruturas públicas**

<sup>17</sup> As entidades privadas contactadas pelo TC referem ter aplicado avultados recursos, quer nas estruturas que criaram para dar resposta ao Programa, quer na elaboração de propostas.



**intervenientes, as quais já se consideravam insuficientemente dotadas de recursos.**

Entre estas, contam-se os diversos **organismos do Ministério da Saúde**, os quais mencionaram ao TC não ter sido dotados de recursos adicionais, em função da sua intervenção no programa de PPP da Saúde, bem como a própria **EMPS**, que referiu, nos respectivos relatórios de actividades, a existência de um **deficit de recursos**, sobretudo até inícios de 2007.

Por outro lado, **no próprio sector privado, houve manifestações de congestionamento.** Veja-se o caso do segundo concurso relativo ao Hospital de Loures, no qual houve necessidade, por parte dos concorrentes, de pedidos de prorrogação de prazo para apresentação de propostas, aliás, nem todos aceites.

### *2.2.13. A falta de padrões de referência*

As experiências ocorridas no seio da Administração Pública, ou no sector privado, não se mostraram suficientes para servir como padrão de referência para o desenvolvimento dos processos de contratação das PPP/Saúde.

Assim, à data de lançamento dos concursos, a empresarialização de hospitais públicos não havia ainda produzido informação suficiente para consolidar **adequados termos de comparação.** Por outro lado, tais termos de comparação dificilmente poderiam ser obtidos por analogia com a gestão privada de serviços de saúde, atento o perfil distinto de prestação de cuidados de saúde subjacente ao SNS.

**A dificuldade em obter e consolidar informação e, conseqüentemente, construir instrumentos de referência a utilizar nos processos de contratação foi uma das dificuldades que se colocaram à gestão pública, com particular incidência no comparador público e nos níveis de serviço pretendidos.**

### *2.2.14. A rigidez dos cadernos de encargos*

Os cadernos de encargos foram inspirados por uma **óptica semelhante à seguida em contratação pública tradicional** e, portanto, entre outros aspectos, implicaram um grau de detalhe desadequado à contratação em PPP.

Este facto implicou, desde logo na fase de apresentação de propostas, que os concorrentes tivessem apresentado projectos muito detalhados e, motivou portanto, **custos de elaboração elevados para os concorrentes privados** e um **aumento da exigência e do volume de análise para o Estado.**<sup>18</sup>

Por outro lado, introduziu-se **rigidez na formulação de soluções, por parte dos concorrentes.**

**Ora, o Estado ao não adequar, em especial, o caderno de encargos ao tipo de contratação de que pretendia fazer uso, introduziu, ele próprio, um desequilíbrio no quadro de referência da partilha de riscos.**

Acresce que o excessivo detalhe dos cadernos de encargos não só acarretou, para os privados, a necessidade de prazos de preparação e elaboração de propostas mais dilatados, como, para o Estado e seus consultores, implicou, necessariamente, maior dispêndio de tempo, tanto na avaliação como na negociação.

**Em suma, a concorrência de duas ópticas de contratação contraditórias contribuiu para os sucessivos deslizes temporais do Programa de PPP da Saúde.**

### *2.2.15. A falta de clareza das peças concursais*

As peças concursais apresentaram não só **lacunas de informação**, nomeadamente quanto à importância dos critérios e subcritérios de avaliação, como também **conceitos vagos** e indeterminados, que motivaram sucessivos pedidos de esclarecimento, por parte dos interessados privados.

Este facto acarretou, para os concorrentes, maior dificuldade na elaboração das respectivas propostas e, para o Estado, acrescidas dificuldades de avaliação das mesmas, concorrendo para o arrastamento dos concursos.

<sup>18</sup> Sobre esta matéria a Parcerias Saúde informou que foram tomadas medidas no sentido de simplificar a informação a ser exigida aos concorrentes, acrescentando, a título exemplificativo, que relativamente ao Concurso do Hospital de Loures, lançado em Março de 2007, "... a aprovação do projecto de execução ocorrerá depois da assinatura do contrato."



### 2.2.16. *O impacto da aprovação dos projectos de construção na fase de negociação final*

Outro aspecto relevante a analisar é o que passa pelo cruzamento dos efeitos decorrentes da complexidade do modelo com os do desenho dos procedimentos desenvolvidos.

**Com efeito, não só se acabou por implementar uma fase de negociação final não competitiva, isto é, com um só concorrente, como também se decidiu incluir, nesta mesma fase, a aprovação dos projectos de execução.**

**Por outras palavras, na fase de negociação final não só estiveram em causa questões directamente associadas ao serviço, como também à vertente de construção, esta com a aprovação dos respectivos projectos.**

**Recorde-se que, em PPP de outros sectores, a aprovação dos projectos de execução decorre depois de terminado todo o processo concursal.**

Esta característica do desenho dos procedimentos veio, comparativamente a outros sectores, estabelecer um maior âmbito e complexidade do processo negocial, contribuindo para uma **duração mais longa dos concursos.**

### 2.2.17. *A falta de coerência pública*

**Decorridos 7 anos e meio, após a criação da EMPS, e quase 5 anos, após o lançamento do primeiro concurso, ainda não foi testado o modelo inicial de PPP para a Saúde e, este, por decisão Ministerial, será descontinuado, uma vez que se **deverá circunscrever aos concursos da primeira vaga entretanto já lançados.****

**Acresce que as PPP da Saúde acabaram por atravessar, **sem qualquer alteração do modelo, não menos que os mandatos de 4 Governos.****

### 2.2.18. *A perspectiva veiculada pelo sector privado*

**A perspectiva que hoje é veiculada pelo sector privado que participou neste processo é a de que foram goradas as**

**expectativas que lhe haviam sido criadas e que, de futuro, assumirá uma abordagem mais cautelosa relativamente às intenções do Estado no domínio das PPP/Saúde.**

**O que precede pode ser comprovado, a título exemplificativo, da forma que se segue:**

**Um dos participantes num agrupamento concorrente informou o TC de que:**

“Em todo o processo até agora desenvolvido verifica-se fundamentalmente que não foram respeitados os calendários e prazos anunciados para o programa de parcerias da saúde, nem o Estado cumpriu um aspecto essencial desse programa: lançar concursos para contratos de gestão de 10 hospitais.”

**Outra entidade privada referiu, também, que o Estado:**

“Reduziu de 10 para 4 hospitais o Programa mesmo antes de ser testada no terreno a primeira PPP, não invocando qualquer razão técnico-financeira, deficiência do procedimento em si ou de incorrecto comportamento ou desinteresse por parte dos concorrentes”

**Digna de nota é, igualmente, a interpretação de uma das entidades privadas sobre o conteúdo das peças concursais, ao referir que o Estado:**

“Introduziu uma atitude de desconfiança permanente face aos concorrentes que pretende por parceiros, desde logo espelhada na complexidade do Programa de Procedimentos e Caderno de Encargos”

**Acresce que os promotores privados, ouvidos pelo TC, declinaram qualquer responsabilidade pela derrapagem do Programa de PPP da Saúde, sublinhando que não só colaboraram, desde o início do programa, com diversas sugestões para melhorar a gestão pública, como cumpriram, sempre, os prazos processuais que lhes foram impostos.**



✎ Mais, referiram as mesmas entidades que, ao contrário do que foi exigido aos respectivos agrupamentos, **o Estado ultrapassou, sistematicamente, nos actos que lhe competiam, os prazos que ele próprio estimou e fixou.**

### 2.2.19. *Medidas correctivas*

**A Estrutura de Missão Parcerias Saúde referiu ter empreendido, a partir de 2007, um conjunto de acções com o objectivo de melhorar a eficácia do Programa de Parcerias da Saúde, das quais destacou:**

✎ A promoção da intervenção directa das Administrações Regionais de Saúde, desde o início do processo concursal, através da participação daquelas entidades nas comissões de avaliação de propostas;

✎ A simplificação das exigências do cadernos de encargos, pela alteração do grau de detalhe dos projectos do edifício, em fase de apresentação de propostas, nomeadamente ao nível das instalações especiais (mecânicas, eléctricas, águas e esgotos, fundações e estruturas entre outras);

✎ O aumento de controlo dos processos, por parte dos organismos da Administração Central, de forma a garantir o cumprimento da política e dos normativos do Ministério da Saúde;

✎ O reforço do quadro técnico da EMPS, no sentido de conferir àquela entidade maior poder de actuação para intervir e controlar os respectivos procedimentos;

✎ A contratação de novas firmas de consultadoria, sobretudo para os procedimentos da segunda vaga de PPP Saúde, por forma a reforçar e diversificar a capacidade de resposta, em especial para os novos concursos;

✎ O desenvolvimento de um novo modelo concursal, a aplicar especificamente aos novos concursos, sem a componente de gestão clínica e cujo objectivo será o de assegurar uma maior eficácia e economia de procedimentos, simplificando processos, reduzindo os prazos globais e os elevados custos de transacção para os concorrentes e para o Estado.





### 3. SÍNTESE DAS CONCLUSÕES

Tendo em vista uma percepção rápida das conclusões e observações de auditoria do TC, apresenta-se, no quadro seguinte, um resumo dos principais factores conducentes às derrapagens referidas ao longo do presente relatório:

#### Planeamento sectorial

- ✘ Falta de instrumentos estratégicos de planeamento sectorial, nomeadamente ao nível das regiões de Saúde.

#### Avaliação prévia de capacidades

- ✘ Inexistência de experiência em PPP no Ministério da Saúde;
- ✘ Falta de adequados padrões de referência e de sistematização de informação, nomeadamente da referente aos requisitos de serviço;
- ✘ Ausência de um prévio auto-diagnóstico de capacidades;
- ✘ Ausência de planeamento e de controlo adequados no tocante à intervenção das entidades públicas competentes.

#### Coerência Pública

- ✘ Ausência de uma estratégia coerente do Estado;
- ✘ Opção pelo experimentalismo para implementar o processo.

#### Modelo

- ✘ Opção por um modelo complexo e desconhecido;
- ✘ Não consideração de experiências internacionais comparáveis.

#### Fluxo de projectos (*project pipeline*)

- ✘ Ausência de um projecto-piloto previamente testado;
- ✘ Lançamento de PPP em vaga sem conhecimento prévio dos resultados;
- ✘ Deficiente gestão do fluxo de projectos.

#### Peças concursais

- ✘ Falta de clareza das peças concursais;
- ✘ Rigidez dos cadernos de encargos;
- ✘ Deficiente definição dos parâmetros de avaliação de propostas.



### **Desenho dos procedimentos**

- ✘ Procedimentos repetitivos e burocráticos, nomeadamente pela inexistência de uma pré-qualificação global dos concorrentes;
- ✘ Exigência de detalhe excessivo na fase de apresentação de propostas;
- ✘ Complexidade da fase de negociação final, nomeadamente, pela inclusão na mesma da aprovação dos projectos de execução.

### **Avaliação de Propostas**

- ✘ Deficiente controlo dos trabalhos das Comissões de Avaliação de Propostas;
- ✘ Actuação das Comissões de Avaliação de Propostas limitada à aprovação dos trabalhos desenvolvidos pelos consultores externos;
- ✘ Convergência, na avaliação de propostas, da maioria das fragilidades dos processos de concurso apontadas ao longo deste relatório.

### **Recursos**

- ✘ Desadequada gestão do recurso aos consultores;
- ✘ Desadequada afectação de recursos internos.

### **Capacidade de resposta da gestão pública**

- ✘ Acumulação de transacções e incapacidade de resposta por parte do Estado;
- ✘ Lentidão na assimilação e no aproveitamento da experiência obtida.





✎ Com o mesmo propósito de facilitar a leitura e percepção rápidas do conteúdo deste Relatório, condensam-se, no quadro que segue, as principais consequências, tanto positivas como negativas, que se retiraram da implementação da primeira vaga de PPP na Saúde:

#### Descontinuidade do modelo - Positivo

- ✘ Alteração do modelo, para a segunda vaga de PPP.

#### Experiência adquirida - Positivo

- ✘ Experiência sectorial adquirida nos processos de contratação, em resultado das dificuldades ocorridas.

#### Alteração de procedimentos - Positivo

- ✘ Conjunto de medidas tomadas, sobretudo com impacto na segunda vaga de PPP<sup>19</sup>.

#### Falta de cumprimento dos objectivos de contratação - Negativo

- ✘ Falta de cumprimento dos objectivos anunciados relativamente à quantidade de PPP a lançar;
- ✘ Falta de cumprimento do ritmo de lançamento anunciado;
- ✘ Falta de cumprimento dos objectivos relativos às etapas processuais.

#### Falta de eficácia do Programa – 1.ª vaga de unidades hospitalares - Negativo

- ✘ Nenhum processo de contratação estava ainda terminado à data do final dos trabalhos de auditoria, ou seja em Outubro de 2008<sup>20</sup>;
- ✘ Início da construção do primeiro hospital só em 2008;
- ✘ Apenas um concurso tinha a fase de negociação terminada, à data do final dos trabalhos de auditoria, isto é em Outubro de 2008;
- ✘ Cancelamento de um concurso;
- ✘ Extinção de um concurso e repetição do mesmo com menor potencial competitivo.

#### Impacto no mercado - Negativo

- ✘ Criação de falsas expectativas, pelo Estado, aos parceiros privados;
- ✘ Custos excessivos incorridos pelo sector privado (em estruturas criadas e na elaboração de propostas).

<sup>19</sup> Independentemente da validade das mesmas que não foram objecto de análise

<sup>20</sup> À data actual, Abril de 2009, constatava-se um caso em que, após uma decisão de recusa de Visto, em sede de recurso, havia o mesmo sido concedido. Vide Acórdão n.º 96/08 – 15 de Julho – 1.ª S/SS e Decisão n.º 782/08 – 1.ª S/SS, de 04 de Novembro de 2008, ambos do TC




## Factos supervenientes relevantes


Entre a data de encerramento dos trabalhos de campo da presente auditoria, em Outubro de 2008, e a data actual, Abril de 2009, constatou-se, no domínio da 1.ª vaga das PPP da Saúde, a ocorrência das seguintes situações relevantes:


- ✖ Concessão do Visto prévio, pela 1.ª Secção do TC, ao contrato do Hospital de Cascais, em Sede de Recurso, após uma primeira recusa do mesmo. Vide Acórdão n.º 96/08 – 15 de Julho - 1.ª S/SS e Decisão n.º 782/08 – 1.ª S/SS, de 04 de Novembro de 2008, ambos do TC.
- ✖ O processo do Hospital de Braga encontra-se em fase de apreciação no âmbito da fiscalização prévia.


## 4. RECOMENDAÇÕES

À luz das conclusões e observações de auditoria, bem como do desenvolvimento do contraditório, o Tribunal recomenda ao Governo que:

 Quando se pretenda a implementação de Parcerias Público-Privadas, no âmbito de Sectores da Administração Pública com menor experiência neste tipo de contratação, deve ser realizado o **diagnóstico e o planeamento formais e participados das capacidades de implementação** dos diversos organismos sectoriais a envolver tendo em conta as respectivas funções, **bem como a necessidade da respectiva articulação ao longo do ciclo de gestão pública associado às PPP.**

 Quer naqueles casos já referidos, quer quando esteja em causa a implementação de modelos de PPP de **carácter inovador e de especial grau de complexidade, quer, ainda, quando se pretenda implementar tramites processuais de contratação não testados, se adequé a gestão do fluxo de projectos de PPP, começando, preferencialmente, pelo recurso à implementação de um projecto-piloto.**

 Por outro lado, deverão ser previamente **testadas, no terreno, as capacidades de gestão das entidades públicas** a envolver, bem como ser promovida uma **sustentada e reprodutiva aprendizagem.**

 De igual modo, e não menos importante, a **captação do interesse e da colaboração do sector privado deverão ser geridas sem lhes criar falsas expectativas**, que acarretem custos desnecessários e porventura irreversíveis, o que será evidentemente nocivo para a **credibilidade do Estado**, enquanto parceiro das PPP.



## II CORPO DO RELATÓRIO

### 5. O ENQUADRAMENTO DO PROGRAMA DE PPP NA SAÚDE

#### 5.1. A gestão empresarial no SNS

A Saúde encontra-se entre os principais temas de discussão, na globalidade dos países. Em Portugal, a origem da actual índole reformista, com incidência no sector hospitalar, remonta à década de 90, nomeadamente à definição da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS.

As medidas tomadas neste enquadramento tardaram a gerar os necessários efeitos estruturantes e de difusão para operarem as imperativas mudanças exigidas pelas necessidades de serviço público que se têm feito sentir, bem como pela necessidade de garantir o respectivo financiamento.

Entre um e outro dos aspectos referidos, tem sido identificada a necessidade de tornar mais eficientes as unidades hospitalares existentes, bem como reformular a rede de cobertura de cuidados de saúde hospitalares e, nomeadamente, pugnar pela construção de novos hospitais.

Neste sentido, nos tempos mais recentes, têm sido ensaiadas duas vias para a obtenção de tais resultados:

- ✘ A abordagem das parcerias público - privadas, promovendo a participação do sector privado na gestão e financiamento de unidades hospitalares do SNS<sup>21</sup>;

<sup>21</sup> O suporte legal das PPP em Saúde é essencialmente o seguinte: Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto (LEO); Dec-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto (Parcerias Saúde); Dec-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril; (Parcerias Geral) alterado pelo Dec-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho; Dec-Reg n.º 10/2003, de 28 de Abril (Programa de Procedimento para a Contratação PPP) e o Dec-Reg n.º 14/2003, de 30 de Junho (Caderno de Encargos/Contrato de Gestão)

Está aqui em causa, essencialmente, o estabelecimento de uma relação contratual de carácter duradouro com entidades privadas, as quais assumem a vertente de financiamento, para além da afectação dos riscos à parte mais apta para a respectiva gestão;

- ✘ A empresarialização da gestão hospitalar pública, designadamente com a alteração das práticas públicas de gestão e financiamento, bem como com a mudança do estatuto administrativo dos hospitais, introduzindo um estatuto de natureza empresarial, embora sob controlo accionista público, num número significativo e crescente de hospitais.

#### 5.2. A génese do quadro legal

Uma primeira abordagem à gestão empresarial no universo do SNS decorre da alteração à **Lei de Bases da Saúde**, aprovada pela Lei de Bases n.º 48/90, de 24 de Agosto, que previa que **a gestão das unidades de saúde deveria progressivamente obedecer a regras de gestão empresarial, admitindo a realização de experiências inovadoras de gestão** submetidas a regras nesta lei fixadas.

Por sua vez, em 2001, a **Lei de Enquadramento Orçamental**<sup>22</sup> fez, igualmente, uma abordagem quanto ao regime de financiamento dos contratos a celebrar com recurso ao financiamento privado. Nesta Lei foram estabelecidos **critérios que subordinavam os investimentos em regime de financiamento privado ou de parceria à disciplina orçamental**.

De forma resumida, as despesas com tais contratos deveriam ser especificadas no Orçamento de Estado, estruturadas por programas, que por sua vez, estariam sujeitos a uma avaliação de racionalidade financeira com base em programas alternativos.

Posteriormente, já em 2002, **o novo regime da gestão hospitalar**<sup>23</sup>, abriu a possibilidade para os hospitais públicos poderem revestir a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente

<sup>22</sup> Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto, publicada no DR-I Série-A, n.º 192, de 20 de Agosto. Esta Lei sofreu 3 alterações, introduzidas pelos seguintes diplomas legais: (1.ª) Lei Orgânica n.º 2/2002, de 28 de Agosto; (2.ª) Lei n.º 23/2003, de 2 de Julho e (3.ª) Lei n.º 48/2004, de 24 de Agosto

<sup>23</sup> Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que procedeu à primeira alteração à Lei de Bases da Saúde



públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.

O primeiro regime legal de PPP em Portugal viria a surgir por via do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. Este regime especial, no entanto, veio disciplinar as relações jurídicas das PPP apenas no sector da saúde e implicou a revogação de algumas disposições do Estatuto do SNS, nomeadamente, no referente ao contrato de gestão<sup>24</sup>.

O regime legal geral das PPP, viria a surgir mais tarde com a publicação do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril<sup>25</sup>. Este regime geral, admitindo a existência de regimes sectoriais, como é o do Sector da Saúde, veio alterar o já referido Decreto-Lei 185/2002.

Ainda no decorrer do mandato do XIV Governo, foi criada em Setembro de 2001 a Estrutura de Missão Parcerias Saúde<sup>26</sup> na directa dependência do Ministro da Saúde, tendo em vista executar a estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão no âmbito do SNS, nomeadamente através da criação de PPP.

Na medida em que as PPP se encontram dependentes do Ministro das Finanças e do Ministro da Tutela, a assessoria técnica no âmbito do primeiro veio a ser atribuída<sup>27</sup> à **PARPÚBLICA – Participações Públicas (SGPS), S.A.**, sociedade de capitais exclusivamente públicos e cujo objectivo social se resume a actividades de directa prossecução do interesse público<sup>28</sup>.

### 5.3. O modelo de PPP da Saúde

A opção pelo modelo específico que veio a ser utilizado para o desenvolvimento dos hospitais em parceria integrados na 1.ª vaga, teve por base as estratégias políticas, preconizadas desde o XIV Governo.

A implementação deste modelo de parcerias em saúde implica o lançamento de um procedimento de contratação pública, pautado através da figura do concurso público internacional, com vista à celebração de um contrato de gestão que deverá ser executado por intermédio de duas entidades gestoras com responsabilidades distintas e delimitadas, num quadro de articulação e complementaridade<sup>29</sup>.

A vinculação das duas entidades gestoras à entidade pública contratante reveste-se de objectos contratuais e âmbitos temporais distintos, assumindo as duas entidades gestoras vocações operativas diferenciadas, sendo remuneradas através de um mecanismo de pagamento com dois fluxos.

Assim:

- ✘ A entidade gestora do edifício deverá assumir a responsabilidade pela construção e prestação dos serviços de infraestruturas durante o período contratual de 30 anos;
- ✘ A entidade gestora do estabelecimento responsável pelo cumprimento da gestão hospitalar e a da prestação de serviços clínicos, por um período contratual de 10 anos.

<sup>24</sup> Artigos 28.º a 31.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Dec-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro

<sup>25</sup> Tendo por objecto disciplinar a intervenção do Estado quanto ao procedimento a adoptar em relação às parcerias público-privadas, desde a sua definição, o exame das motivações subjacentes à opção por um modelo de financiamento privado, até à fiscalização e acompanhamento global do próprio projecto

<sup>26</sup> Vd RCM n.º 162/2001, de 27 de Setembro, publicada no DR, I Série-B, de 16 de Novembro

<sup>27</sup> Despacho Normativo n.º 35/2003, publicado no DR n.º 191 I Série - B, de 20 de Agosto de 2003

<sup>28</sup> Os membros do seu conselho de administração são designados por Resolução do Conselho de Ministros, sendo o Ministro das Finanças o membro do Governo a quem incumbe o exercício da função accionista em relação a ela

<sup>29</sup> Trata-se de uma parceria do tipo DBOFT



Tal é, sucintamente, o que se encontra representado na figura seguinte:

Objecto contratual	Concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do edifício hospitalar	Prestação de cuidados de saúde
Prazo	30 anos	10 anos
Responsável	Sociedade Gestora do Edifício Hospitalar	Sociedade Gestora do Estabelecimento Hospitalar
Actividade	Concepção, construção e manutenção de instalações hospitalares, <i>hard facilities management</i> e equipamento fixo pesado	Gestão do hospital, gestão dos serviços clínicos, <i>soft facilities management</i> e equipamento móvel
Pagamento	Associado à disponibilidade	Associado à actividade clínica (grupo de diagnóstico homogéneo, <i>casemix</i> )

A característica mais marcante do modelo é que nele **o sector privado deve também assegurar a vertente da gestão clínica** por, **de início**, ter sido considerado como o mais vocacionado para desenvolver formas alternativas à *performance* do universo dos hospitais públicos.

Ou seja, optou-se, no domínio clínico, pela utilização de regras de gestão empresarial a aplicar por um parceiro privado, que se esperava conduzissem a uma maior economia, eficiência e eficácia.

Já os poderes de regulação e de supervisão das actividades subjacentes às PPP ficariam a cargo do sector público.

Trata-se, portanto, de um modelo inovador e de considerável complexidade, tendo em conta que engloba a contratação das actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração dos activos infra-estruturais, bem como a gestão global dos hospitais, incluindo a prestação de serviços clínicos.

As referidas actividades decorrem das disposições legalmente previstas<sup>30</sup> para o estabelecimento de parcerias em saúde.

**Por último refira-se que um responsável pela EMPS fez notar que antes do lançamento do primeiro dos concursos, ao Governo de então,**

**foram apresentadas diferentes hipóteses para o modelo a seguir.**

#### 5.4. A primeira vaga de projectos hospitalares

Em concreto, o desenvolvimento da rede hospitalar mediante o recurso a PPP, iniciou-se, **em 2001**, com o anúncio **pelo XIV Governo** daquela que veio a ser designada como a **Primeira Vaga de PPP da Saúde**, que integrava:

- ✘ Dois novos hospitais (**Loures e Sintra**);
- ✘ Três hospitais de substituição <sup>31</sup> (**Cascais, Braga e Vila Franca de Xira**).

Em 2002, na égide do **XV Governo** foram **anunciados mais cinco hospitais incluídos na que veio a ser conhecida como a Segunda Vaga de PPP da Saúde**.

À data dos trabalhos de auditoria, encontravam-se em curso quatro processos de contratação para os hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e o comumente designado por Loures II<sup>32</sup>.

#### 5.5. As estruturas de coordenação

No âmbito do programa governamental de parcerias no sector da saúde, foi determinado pelo **XV Governo**, através do Despacho n.º 19946/2002 (2.ª série), que numa primeira fase este programa iria centrar-se no desenvolvimento

<sup>30</sup> Esta matéria é regulada pelo Dec-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, que estabelece o regime jurídico a aplicar às PPP em Saúde. Este diploma legal revogou o disposto nos artigos 28.º a 31.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Dec-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, na parte referente ao contrato de gestão

<sup>31</sup> Isto é, com o objectivo de virem a substituir unidades hospitalares que se encontravam em funcionamento

<sup>32</sup> O 1.º concurso lançado foi o relativo ao Projecto em PPP do Hospital de Loures que foi extinto



de modernas unidades hospitalares, sendo progressivamente alargado a projectos no âmbito dos cuidados primários e cuidados continuados de saúde.

Foi então estabelecida a constituição de grupos de coordenação interdepartamental (GCI) para o lançamento de PPP. A estes grupos incumbia, ao nível de cada projecto PPP, assegurar a circulação da informação e a coordenação das respectivas actuações, bem como a articulação e integração dos contributos técnicos e documentais de cada entidade envolvida, tendo em conta a metodologia, a programação e o calendário definidos para o lançamento de cada projecto de parceria.

Cada GCI seria presidido pelo encarregado da estrutura de missão “Parcerias Saúde” ou por um seu representante e a representação departamental deveria ser composta pelas seguintes entidades:

- i) Direcção-Geral da Saúde (DGS);
- ii) Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF);
- iii) Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (DGIES);
- iv) Administração Regional de Saúde (ARS).

As prioridades, a sequência de lançamento e a aprovação dos projectos PPP deveriam ser superiormente definidas de acordo com critérios e requisitos pré-estabelecidos, tendo em conta a economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade orçamental.

Os GCI assim definidos foram os seguintes:

- i) Grupo de coordenação interdepartamental para o lançamento de parcerias na área regional do Norte (GCI/PPP Norte);
- ii) Grupo de coordenação interdepartamental para o lançamento de parcerias na área regional do Centro (GCI/PPP Centro);
- iii) Grupo de coordenação interdepartamental para o lançamento de parcerias na área regional de Lisboa e Vale do Tejo (GCI/PPP Lisboa e Vale do Tejo);
- iv) Grupo de coordenação interdepartamental para o lançamento de parcerias na área

- regional do Alentejo (GCI/PPP Alentejo);
- v) Grupo de coordenação interdepartamental para o lançamento de parcerias na área regional do Algarve (GCI/PPP Algarve).

Ficou determinado que ao grupo de coordenação interdepartamental para o lançamento de parcerias na área regional de Lisboa e Vale do Tejo<sup>33</sup>, caberia apoiar os seguintes Projectos:

- i) Projecto de substituição do Hospital Condes de Castro Guimarães/Cascais;
- ii) Projecto de lançamento do novo hospital de Sintra;
- iii) Projecto de lançamento do novo hospital de Loures;
- iv) Projecto de substituição do Hospital de Reynaldo dos Santos/Vila Franca de Xira.

De entre os Hospitais a lançar em regime de PPP, incluídos na designada Primeira Vaga, apenas um viria a ficar fora do âmbito deste último GCI. Assim, o Hospital de Braga ficaria no âmbito do Grupo de coordenação interdepartamental para o lançamento de parcerias na área regional do Norte (GCI/PPP Norte).

<sup>33</sup> GCI/PPP Lisboa e Vale do Tejo



## 6. PONTO DE SITUAÇÃO SOBRE A PRIMEIRA VAGA DE PPP

### 6.1. Os objectivos iniciais

Um dos aspectos positivos da preparação das vagas de PPP na Saúde foi o envolvimento dos potenciais concorrentes antes, sequer, do lançamento do primeiro concurso.

Para tal, foram não só solicitadas respostas a questionários sobre modelos e condições de concretização de parcerias público-privadas, como efectuadas apresentações e auscultações de mercado.

Da mesma forma, os objectivos iniciais de contratação foram amplamente propalados pelo Estado, através da EMPS. Os mesmos objectivos viriam a ser referidos ao longo do decurso do Programa de PPP, por responsáveis da EMPS, como referência para o desenrolar dos processos de contratação.

Em Dezembro de 2002<sup>34</sup>, definida já a primeira e a segunda vaga de unidades hospitalares<sup>35</sup>, a EMPS apontava para o lançamento de cerca de **2 a 3 concursos de PPP, por ano** e em Novembro de 2003, previa-se que **todos os concursos estariam lançados até ao final de 2006**, ano em que **estariam já em fase de construção 4 hospitais**. Previa-se igualmente o **lançamento do primeiro concurso, ainda nesse mesmo ano**. A duração de referência do processo concursal foi fixada em cerca de dois anos.

### 6.2. O desempenho por unidade hospitalar

Embora todos os processos da 1.ª vaga que integram o Programa de PPP da Saúde tenham que obedecer a um conjunto de normativos legais comum, destacar-se-á, no presente ponto, o desempenho das várias fases do procedimento do concurso público, face ao inicialmente estimado, para cada um dos projectos.

Procurar-se-á igualmente transmitir, de forma resumida, qual a situação, à data do fim dos trabalhos de auditoria (16 de Outubro de 2008), do processo concursal, de cada uma das unidades hospitalares.

**A informação de base, sobre as fases concursais, foi solicitada à EMPS, uma vez que constitui a entidade melhor posicionada para identificar, numa perspectiva de gestão, o início e o final de cada uma das fases dos processos concursais, independentemente da respectiva formalização. A informação veiculada ao TC implica a existência de alguns hiatos entre fases de determinados concursos, devendo notar-se, no entanto, que este facto concorre para que a análise da derrapagem, no que diz respeito a cada fase, seja efectuada por defeito.**

#### 6.2.1. Hospital de Loures

O concurso referente ao Hospital de Loures foi o primeiro a ser lançado, no âmbito do Programa de PPP da Saúde, reportando-se aquele lançamento a Dezembro de 2003, embora a preparação daquela parceria já tivesse sido iniciada em Janeiro do mesmo ano. Devido a diversas vicissitudes, que oportunamente serão elencadas no presente relatório, este concurso viria a ser extinto em 2006.

Face à situação exposta iniciou-se um novo procedimento concursal, conforme se apresenta no quadro seguinte:

<sup>34</sup> Dias 11 e 12 de Dezembro de 2002 - apresentação das bases do modelo de parceria

<sup>35</sup> Primeira e segunda vaga, num total de 10 hospitais





Hospital de Loures	Total	874	29
	Desde a aprovação e lançamento	629	21

Duração Prevista (em meses)	Fase	Duração Efectiva	Dias (meses 30 dias)	Meses		
	Preparação e Avaliação Prévia	12 de Maio (2006) a 17 de Janeiro (2007)	12-05-2006	17-01-2007	245	8
1	Aprovação e Lançamento	17 de Janeiro a 23 de Março (2007)	17-01-2007	23-03-2007	66	2
6	Apresentação de Propostas	23 de Março a 2 de Setembro (2007)	23-03-2007	02-09-2007	159	5
5	Avaliação de Propostas	Início a 2 de Setembro de (2007)	02-09-2007	16-10-2008	404	13
5	Negociação Competitiva					
3	Negociação Final					

Total Previsto 20 Meses

Fonte: EMPS

Nota: Mês 30 dias - Método Europeu - O tempo global foi contado sem interreparações até 16 de Outubro de 2008.

Pela observação do quadro anterior é possível retirar as seguintes conclusões:

- Desde a preparação e avaliação prévia da parceria até à fase em que se encontra actualmente e que corresponde à da avaliação de propostas<sup>36</sup>, decorreram, no total, 29 meses;
- Considerando apenas o processo concursal decorreram cerca de 21 meses. Atente-se que só a fase de avaliação de propostas decorre há 13 meses e que ainda faltam mais duas fases daquele procedimento, tendo já sido ultrapassado o tempo que se previa para a finalização do concurso, que se situa nos 20 meses.

Importa, ainda sublinhar que **decorreram já cerca de 6 anos**, desde o início da **preparação** do primeiro concurso relativo ao Hospital de Loures e **quatro anos e meio desde o seu lançamento**.

### 6.2.2. Hospital de Cascais

O Hospital de Cascais, de todos os concursos integrados na 1.ª vaga e anunciados pelo poder político, em 2001, foi a única entidade hospitalar em que, até ao encerramento dos trabalhos de auditoria, o procedimento concursal atingiu a fase da adjudicação. A assinatura do contrato de gestão foi efectuada em 22 de Fevereiro de 2008.

Mesmo assim, há que considerar que o Tribunal de Contas, através do Acórdão n.º 96/08, de 15 de Julho – 1.ª S/SS, recusou o Visto ao contrato supra citado, pelas razões que em ponto próprio serão elencadas.

Nesta sequência, os Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde nomearam<sup>37</sup> uma Comissão com o objectivo de conformar contratualmente a resolução das questões colocadas pela recusa do visto do TC.

<sup>36</sup> Segundo informação da EMPS, em 16 de Outubro de 2008, o concurso encontrava-se em fase da análise das alegações produzidas pelos concorrentes. A CAP aprovou o projecto de relatório de avaliação no dia 29 de Julho de 2008, tendo agendada a audiência prévia para o início de Setembro de 2008. A audiência prévia decorreu entre os dias 2 e 15 de Setembro.

<sup>37</sup> Despacho n.º 22617/2008, de 26 de Agosto, publicado no DR, 2ª Série, n.º 170 de 3 de Setembro.





Segundo informação prestada pela EMPS aquela Comissão apresentou um relatório fundamentado com a proposta de reformulação do contrato, em 10 de Setembro de 2008. O novo contrato foi assinado em 8 de Outubro de 2008<sup>38</sup>.

O desenrolar do processo encontra-se espelhado no quadro que de seguida se apresenta:

Duração Prevista (em meses)	Fase	Duração Efectiva			Dias (meses 30 dias)	Meses
Hospital de Cascais		Total			1345	45
		Desde a aprovação e lançamento			1269	42
<b>Total Previsto 20 Meses</b>						

Duração Prevista (em meses)	Fase	Duração Efectiva			Dias (meses 30 dias)	Meses
	Preparação e Avaliação Prévia	13 de Maio a 29 de Julho (2004)	13-05-2004	29-07-2004	76	3
1	Aprovação e Lançamento	29 de Julho a 9 de Setembro (2004)	29-07-2004	09-09-2004	40	1
6	Apresentação de Propostas	13 de Outubro (2004) a 1 de Março (2005)	13-10-2004	01-03-2005	138	5
5	Avaliação de Propostas	2 de Março (2005) a 1 de Agosto (2006)	02-03-2005	01-08-2006	509	17
5	Negociação Competitiva	5 de Setembro (2006) a 26 de Fevereiro (2007)	05-09-2006	26-02-2007	171	6
3	Negociação Final	23 de Março (2007) a 8 de Fevereiro (2008)	23-03-2007	08-02-2008	315	11

Fonte: EMPS

Nota: Mês 30 dias - Método Europeu - O tempo global foi contado sem interrepuções até 16 de Outubro de 2008.

Do mapa acima apresentado, extraem-se as seguintes considerações:

- O tempo global que medeia entre a Preparação e Avaliação Prévia da parceria até à Negociação Final (inclusive) corresponde a 45 meses, ou seja aproximadamente 4 anos;
- Mesmo não se considerando a primeira fase mencionada no mapa (preparação e avaliação prévia), a duração do processo ultrapassa em mais do dobro o que estava inicialmente estimado pela EMPS;

- A Fase de Avaliação de Propostas demorou cerca de 17 meses, ou seja, aproximadamente um ano e meio, com datas compreendidas entre 2 de Março de 2005 e 1 de Agosto de 2006;

### 6.2.3. Hospital de Braga

O Hospital de Braga encontrava-se, desde Março de 2008, na fase de negociação final com o concorrente seleccionado (Escala Braga)<sup>39</sup>.

O desenvolvimento do *procurement* desta unidade hospitalar é o que se apresenta no quadro de seguida exposto:

<sup>38</sup> Aprovação do Relatório da mesma Comissão, bem como da nova minuta do contrato pelo Despacho n.º 24959/2008, DR, 2.ª série de 7 de Outubro de 2008. Após os trabalhos de auditoria, o contrato viria a obter o Visto do TC, em Novembro de 2008 – Vide Decisão n.º 782/08 – 1.ª S/SS

<sup>39</sup> O relatório de negociação competitiva foi aprovado por despacho conjunto dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, no dia 20 de Fevereiro de 2008, sendo que as negociações com o concorrente seleccionado iniciaram-se a 26 de Março de 2008. Tomou-se conhecimento, já após o encerramento dos trabalhos de auditoria, que se previa a conclusão da fase de negociação final, durante o mês de Novembro de 2008



Hospital de Braga	Total	1408	47
	Desde a aprovação e lançamento	1376	46

Duração Prevista (em meses)	Fase	Duração Efectiva	Dias (meses 30 dias)	Meses
	Preparação e Avaliação Prévia	18 de Novembro a 20 de Dezembro (2004)	18-11-2004 20-12-2004	32 1
1	Aprovação e Lançamento	20 de Dezembro (2004) a 20 de Janeiro (2005)	20-12-2004 20-01-2005	30 1
6	Apresentação de Propostas	20 de Janeiro (2005) a 6 de Setembro (2005)	20-01-2005 06-09-2005	226 8
5	Avaliação de Propostas	14 de Setembro (2005) a 30 de Novembro (2006)	14-09-2005 30-11-2006	436 15
5	Negociação Competitiva	31 de Janeiro (2007) a 20 de Fevereiro (2008)	31-01-2007 20-02-2008	380 13
3	Negociação Final	Início em 26 de Março (2008)	26-03-2008 16-10-2008	200 7

Total Previsto 20 Meses

Fonte: EMPS

Nota: Mês 30 dias - Método Europeu - O tempo global foi contado sem interrepuções até 16 de Outubro de 2008.

Da análise do quadro supra é de referir que:

- Este processo remonta ao ano de 2004, ano em que a EMPS refere ter sido iniciada a Preparação e Avaliação Prévia da Parceria, sendo que até à data de encerramento dos trabalhos de auditoria, já tinham decorrido, no total, cerca de 47 meses;
- O processo de concurso propriamente dito atingiu, igualmente, um decurso significativo situando-se, o mesmo, nos 46 meses, o que, face ao inicialmente estimado pela EMPS, representa uma derrapagem de cerca de 26 meses.
- As duas fases que se destacam por terem consumido mais tempo, até à data de encerramento dos trabalhos de auditoria, foram a Avaliação de Propostas e a Negociação Competitiva, que duraram 15 e 13 meses, respectivamente.

#### 6.2.4. Hospital de Vila Franca de Xira

O concurso respeitante ao Hospital de Vila Franca de Xira encontrava-se até ao encerramento dos trabalhos de auditoria, na fase de negociação competitiva com os concorrentes Saúde Xira e Escala Vila Franca de Xira.<sup>40</sup>

O desenrolar do processo concursal encontra-se no mapa que ora se expõe:

<sup>40</sup> O relatório final de avaliação das propostas, com a ponderação das observações feitas em sede de audiência prévia, foi aprovado por despacho conjunto dos Ministros do Estado e das Finanças e da Saúde, em 7 de Maio de 2008



Hospital de VFX	Total	1256	42
	Desde a aprovação e lançamento	1117	37

Duração Prevista (em meses)	Fase	Duração Efectiva	Dias (meses 30 dias)	Meses		
	Preparação e Avaliação Prévia	20 de Abril a 9 de Setembro (2005)	20-04-2005	09-05-2005	139	5
1	Aprovação e Lançamento	9 de Setembro a 7 de Dezembro (2005)	09-09-2005	07-12-2005	88	3
6	Apresentação de Propostas	20 de Janeiro a 6 de Junho (2006)	20-01-2006	06-06-2006	136	5
5	Avaliação de Propostas	7 de Junho (2006) a 7 de Maio (2008)	07-06-2006	07-05-2008	690	23
5	Negociação Competitiva	Início em 4 de Junho (2008)	04-06-2008	16-10-2008	132	4
3	Negociação Final					

Total Previsto 20 Meses

Fonte: EMPS

Nota: Mês 30 dias - Método Europeu - O tempo global foi contado sem interrupções até 16 de Outubro de 2008.

Da análise deste quadro retiram-se, por relevantes, as seguintes constatações:

- Desde a preparação da parceria do Hospital de VFX já decorreram 42 meses. Se só for considerado o lançamento do concurso, aquele período é reduzido para 37 meses. Este período é já bastante extenso, uma vez que, o processo ainda se encontra numa fase intermédia, isto é, decorre ainda a negociação competitiva, passados cerca de 3 anos desde o início do concurso. Além disso, tudo aponta para que haja um prolongamento do tempo a imputar a esta fase dado que, de acordo com a informação prestada pela EMPS, existem algumas situações que, enquanto não estiverem resolvidas, não permitirão que os concorrentes apresentem as propostas finais no âmbito da negociação competitiva, como sejam:

  - Negociação com a EPAL das condicionantes para a execução da obra, impostas pela necessidade de evitar quaisquer danos nas fundações da adutora da circunvalação que atravessa o terreno onde vai ser construído o hospital;
  - Negociações com a EPAL para a instalação nos seus sistemas de dispositivos que minimizem o impacto no hospital de uma ruptura na adutora;
  - Definição pela CMVFX dos acessos ao terreno e à futura plataforma na qual será instalado o hospital.
- A fase que, até agora, consumiu mais tempo em todo o processo do concurso foi a da Avaliação de Propostas que atingiu quase 2 anos, iniciando-se em 7 de Junho de 2006 e terminando em 7 de Maio de 2008.

O procedimento relativo a este hospital incorre já<sup>41</sup> num atraso de aproximadamente um ano e meio, face ao estimado pela EMPS e prevê-se que o mesmo venha a ser bastante superior **dado o estágio intermédio em que se encontra.**

<sup>41</sup> Em 16 de Outubro de 2008



### 6.2.5. *Hospital de Sintra*

A quinta unidade hospitalar, ainda não referida e que integrava a primeira vaga de PPP/Saúde, o Hospital de Sintra, teve o respectivo concurso cancelado.

Recorde-se que no decorrer do período abrangido pela auditoria, novas condições relativas ao Contrato de Gestão do Hospital Amadora-Sintra foram acordadas a 4 de Junho de 2004, tendo produzido efeitos a 1 de Janeiro do mesmo ano<sup>42</sup>.

Foi referido no 5.º Relatório de Acompanhamento elaborado pela EMPS, em 31 de Dezembro de 2006, que o contrato de gestão, cujo termo estava previsto para 31 de Dezembro de 2008, não seria renovado, prevendo-se a realização de um concurso para a celebração de novo contrato de gestão que deveria contemplar a construção e gestão de uma extensão em Sintra. No início de 2008 ainda não havia sido iniciada sequer a preparação sectorial da parceria.

Em Outubro de 2008, o Hospital Amadora Sintra deixou de ter uma Gestão Privada e veio a ser transformado em E.P.E, através do Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de Outubro<sup>43</sup>, com efeitos a partir do dia seguinte à data de publicação do referido diploma.

---

<sup>42</sup> No dia 10 de Outubro de 1995, foi celebrado o Contrato de Gestão (CG) do HFF, entre a ARSLVT e o consórcio privado – Hospital Amadora/Sintra - Sociedade Gestora, S A (HASSG), que entrou em vigor no dia 1 de Novembro de 1995. Em 2004 o CG foi renegociado e em 4 de Junho desse ano, foi celebrada a renovação do CG com produção de efeitos a 01 de Janeiro, em cumprimento do disposto na Portaria n.º 587/2004, de 2 de Junho, publicada no DR, I Série, n.º 129, de 2 de Junho de 2004, através da qual foi autorizada a referida renovação.

<sup>43</sup> Publicado no Diário da República 1.ª série – n.º 197, de 10 de Outubro



### 6.3. O desempenho por fase de concurso

O reconhecimento da necessidade de procedimentos prévios à contratação que visassem garantir uma actuação pública que respeite os princípios da transparência, publicidade e imparcialidade, bem como criassem um sistema competitivo saudável estiveram na base da aprovação do Decreto Regulamentar n.º10/2003 de 28 de Abril. Este diploma veio a definir as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde.

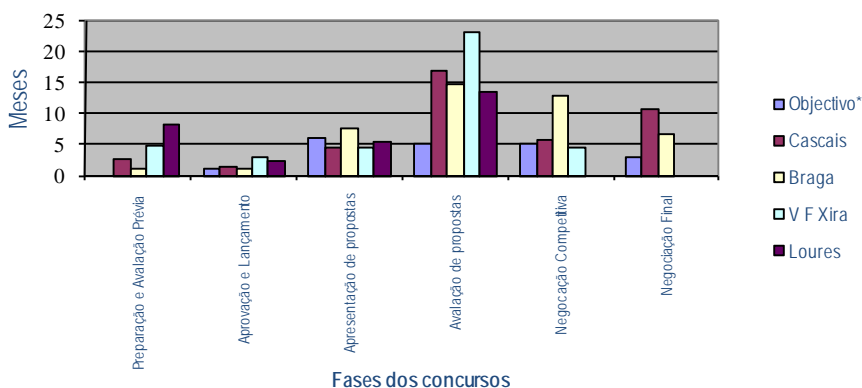
Com base nas datas fornecidas pela EMPS e já apresentadas no ponto anterior, estas fases encontram-se integradas no quadro e mapa que se apresentam de seguida:

- Exceptuando-se o Hospital de Braga, todos os concorrentes apresentaram as suas propostas dentro do prazo estimado para esta fase, que se situava em 6 meses;
- A fase de Avaliação de Propostas é aquela que absorve mais tempo no processo concursal, com o Hospital de Vila Franca de Xira a atingir os 23 meses e o Hospital de Loures, apesar de ainda em curso, apresentar, aquando do encerramento dos trabalhos de auditoria, uma duração de 13 meses. Pelo meio ficaram os Hospitais de Cascais e Braga em que esta fase atingiu a duração de 17 e 15 meses, respectivamente;

	Unid: Mês 30 dias				
	Objectivo*	Cascais	Braga	V F Xira	Loures
Preparação e Avaliação Prévia		3	1	5	8
Aprovação e Lançamento	1	1	1	3	2
Apresentação de propostas	6	5	8	5	5
Avaliação de propostas	5	17	15	23	13
Negociação Competitiva	5	6	13	4	
Negociação Final	3	11	7		

Fonte: EMPS  
Nota: Tempo Estimado pela EMPS

Duração das fases dos processos de concurso



Do quadro e gráfico anteriores é possível retirar as seguintes conclusões:

- Apesar de já ter sido objecto de um primeiro concurso, o Hospital de Loures é a entidade hospitalar que apresenta na fase de Preparação e Avaliação Prévia, o período de tempo mais elevado face às restantes entidades, ou seja 8 meses;

**Em qualquer dos concursos foi ultrapassado o objectivo de calendarização proposto, que se situava em 5 meses, concluindo-se, por isso, que foi nesta etapa que ocorreram as maiores derrapagens.**



- A fase da Negociação Competitiva apresenta várias realidades: **1)** o Hospital de Braga ultrapassa em mais do dobro o objectivo definido; **2)** considerando apenas a formação do contrato na versão inicial, o qual foi apresentado ao TC para efeitos de Visto, o quase cumprimento do objectivo traçado pela EMPS para Hospital de Cascais; **3)** o Hospital de Vila Franca de Xira, em que esta fase negocial já atingia, à data dos trabalhos de auditoria, cerca de 6 meses; **4)** a inexistência do Hospital de Loures, dado que o processo concursal desta entidade apenas se encontra em fase de Avaliação de Propostas.
- A Negociação Final foi a fase para a qual foi adstrito menor número de meses (3 meses), no entanto no caso do Hospital de Cascais aquela fase atingiu os 11 meses, em resultado das várias alterações a elementos essenciais do negócio jurídico e que tiveram como consequência a recusa de visto.

Atente-se que, para o processo de Braga esta etapa, embora não concluída já comporta a duração de 7 meses.

**Em todas as fases existem derrapagens**, face ao que se encontrava previamente estimado pela EMPS. **Esses desvios chegam a atingir os 18 meses**, como é o caso do concurso do Hospital de Vila Franca de Xira, na fase de Avaliação de Propostas. Cabe aqui referir, como é notório pela informação disponibilizada pela EMPS, que as CAP assumem um papel preponderante em todo o processo concursal. No entanto, como adiante se verá, estas entidades não deixam de ser influenciadas por um conjunto de variáveis exógenas, situação global que se repercute na celeridade do desenrolar das várias fases do *procurement*.

## 6.4. O desempenho global do Programa de PPP

### 6.4.1. Ritmo de lançamento

O ritmo de lançamento ficou bastante aquém do inicialmente previsto que se situava no lançamento de dois a três concursos por ano.

De facto, lançaram-se os seguintes concursos:

- ✘ 2003 – 1 concurso (primeiro concurso do Hospital de Loures e posteriormente extinto);
- ✘ 2004 – 1 concurso (Hospital de Cascais);
- ✘ 2005 – 2 concursos (Hospitais de Braga e Vila Franca de Xira);
- ✘ 2006 – 0 concursos;
- ✘ 2007 – 1 concurso (segundo concurso do Hospital de Loures);
- ✘ 2008 – 2 concursos (Hospital de Todos-os-Santos e Hospital do Algarve).

Não considerando a repetição do lançamento do concurso do Hospital de Loures, obtemos uma média de 1 concurso lançado por ano.

Por outro lado, mesmo considerando o mínimo previsto pela EMPS, de dois lançamentos anuais, obtemos **um desvio em média de 50%** relativamente ao ritmo de lançamento de concursos inicialmente esperado.

Não deixa de ser significativa, porém, a existência de um ano (2006) durante o qual não se verificou qualquer novo concurso lançado.

### 6.4.2. Projectos contratados

A assinatura do contrato do Hospital de Cascais ocorreu em Fevereiro de 2008. No entanto, dada a recusa de Visto do TC, em Julho do mesmo ano, este projecto, à data de encerramento da auditoria, ainda não se encontrava contratado.

**Pelo exposto não existem projectos contratados até à data de encerramento dos trabalhos de auditoria.**

Em sede de contraditório, a Parcerias.Saúde alegou que a afirmação do relato de auditoria não se afigura rigorosa em termos dos contratos celebrados e em relação à credibilidade do Programa, referindo que **“Os contratos de PPP relativos ao Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS) e ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS) foram assinados, respectivamente a 25 de Maio e 21 de Junho de 2006, ...”** (...).



Atente-se que, parte dos comentários apresentados têm relação directa com a diferença entre o âmbito do programa de PPP na Saúde e o âmbito escolhido pelo TC para a sua auditoria, **o qual abrange apenas os designados hospitais incluídos na primeira vaga de PPP na Saúde.**

**Sublinhe-se que o âmbito da auditoria se encontrava referido no texto do relato.**

Como se compreende, um factor subjacente à escolha do âmbito da presente auditoria foi a **possibilidade objectiva de avaliar o desempenho do Programa de PPP na Saúde de acordo com os objectivos inicialmente traçados pelo Estado, para um conjunto homogéneo de processos concursais**, relativamente aos quais não se verificassem **enviesamentos, quer na percepção da informação pretendida por parte das entidades que vieram a colaborar ao longo da auditoria, quer posteriormente no tratamento da mesma informação.**

Tais foram, essencialmente, as razões que levaram à definição do âmbito da auditoria, conforme atrás referido no ponto 1.1 do presente relatório, pelo que se julga escusada a inclusão, ao longo do texto, de adicionais ressalvas de âmbito.

#### 6.4.3. *Hospitais em construção*

Em 2003, a EMPS estimava que em 2006 estivessem já em fase de construção 4 hospitais.

Na sequência da assinatura do contrato do **Hospital de Cascais**, foi iniciada a respectiva construção.

Conclui-se quanto a este objectivo que não só em 2006 não estava em construção qualquer hospital, como que apenas em 2008, se iniciou a construção do primeiro dos hospitais previstos (Hospital de Cascais).

#### 6.4.4. *Hospitais construídos*

Em consequência do referido nos pontos anteriores **não existe qualquer unidade hospitalar construída.**

## 7. OS FUNDAMENTOS DA DERRAPAGEM

### 7.1. O optimismo face à complexidade do modelo

O modelo de PPP escolhido para a 1ª vaga de Hospitais é um modelo complexo, porquanto junta no mesmo contrato de gestão duas realidades diferentes, as actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do edifício hospitalar e, ainda a gestão do hospital envolvendo a prestação de serviços clínicos, encerrando dois prazos contratuais distintos, um de 30 anos e outro de 10 anos.

O risco associado ao termo do contrato de gestão de serviços clínicos num prazo inferior ao previsto para a gestão da infra-estrutura poria sempre a questão de quem deveria ser responsável pela fixação das características do hospital a construir, o Estado ou o parceiro privado.

Como se verá adiante, o Estado veio a conceber inicialmente a contratação em PPP, no sector da Saúde, muito com base numa óptica de contratação tradicional, pelo que o risco de existência de uma diferença de perspectivas entre as partes seria maior.

Desta forma, ficava aberta a porta para que gestão clínica, infra-estrutura e gestão da infra-estrutura, pudessem vir a estar marcadas por soluções com origem em ambas as partes como compromisso para o avanço do próprio processo de contratação, mas não necessariamente as melhores à luz dos objectivos iniciais de contratação, com reflexos também na falta de celeridade processual.

Aliás, como bem fez notar um responsável público, é sabido que em processos complexos e morosos e em presença diversas entidades com perspectivas frequentemente diversas, a própria lógica de funcionamento dos grupos tende a fazer perder de vista os objectivos iniciais.

Por outro lado, no que diz respeito apenas à vertente de contratação de serviços clínicos, a EMPS veio referir ao TC que a complexidade do objecto concursal resultante da elevada sofisticação dos requisitos do edifício hospitalar, instalações técnicas e equipamentos “é agravada pela inclusão na 1.ª vaga da gestão da prestação dos serviços clínicos”. Para a EMPS, tal





complexidade **“exige procedimentos de análise, avaliação e negociação por parte do Estado bastante apurados, com impacto ao nível dos prazos”**.

Acresce que, como também se verá, não houve adequado planeamento da intervenção das diversas entidades públicas, pelo que o próprio ambiente de gestão do Estado estava inicialmente longe de poder lidar com as complexidades do modelo e dos procedimentos a implementar.

## 7.2. A originalidade das fases concursais

O procedimento prévio à contratação dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde comporta um conjunto de fases que se encontram elencadas no Decreto Regulamentar n.º 10/2003 de 28 de Abril, mais concretamente no n.º 1 do art.º 2º e que se resumem por: Anúncio, Acto público, Qualificação, Selecção das Propostas, Negociação, Adjudicação e Formação do Contrato.

A disciplina de cada uma destas fases encontra-se devidamente pautada ao longo do referido diploma, sendo de salientar, para o presente ponto o n.º 1 do art.º 37º, quando menciona que para a negociação serão convocados “os concorrentes”, ou seja a prevalência de pelo menos dois dos opositores do concurso nesta fase.

Ora acontece que pela análise ao procedimento concursal do Hospital de Cascais foi possível constatar a divisão da negociação em duas “etapas”, a segunda das quais, a **Negociação Final da Minuta do contrato**, com apenas um dos concorrentes, **que durou quase um ano**<sup>44</sup>.

De facto, em Outubro de 2008, o concurso relativo ao Hospital de Cascais era o único no qual a fase de negociação tinha sido concluída. Veio porém a constatar-se que na fase da negociação da minuta do contrato existiram deslizes temporais, por ter sido indevidamente aproveitada, aquela fase, para se negociarem alterações ao quadro inicial de contratação, com incidência no perfil do Hospital de Cascais, no que toca à prestação de cuidados continuados, à assistência de doentes infectados com HIV Sida, e à eliminação da produção em hospital de dia médico em oncologia, relativamente ao previsto no Caderno de Encargos.

Estes riscos vieram a revelar-se, no Acórdão de recusa de Visto do TC, ao contrato inicialmente assinado entre o Estado e o concorrente final<sup>45</sup>.

Face ao que foi exposto, importa aqui esclarecer que, o n.º 1, do art.º 38.º, do diploma atrás citado, refere que

“a fase de negociação visa atingir um **aperfeiçoamento e uma melhoria das propostas dos concorrentes admitidos**, tendo por objecto os aspectos das propostas mais intrinsecamente relacionados com os critérios de selecção e tendo como resultado final a minuta do contrato de gestão e respectivos anexos”.

Também, o n.º 2 do supra citado artigo e, ainda, sobre o objecto da negociação estipula que os **“melhoramentos e aperfeiçoamentos das propostas não poderão redundar em condições menos vantajosas para a entidade pública contratante do que as que inicialmente foram apresentadas pelo concorrente, não poderão acolher ou incorporar soluções contidas nas propostas de outros concorrentes.”**

Assim, a separação da fase de negociação entre negociação competitiva e negociação final, veio também a ser responsável por atrasos nos procedimentos, em face da forma como o processo de negociação foi gerido.

No global, de facto, constata-se, que no caso do concurso relativo ao **Hospital de Cascais** o total das negociações com os concorrentes prolongaram-se por cerca de **17 meses. Note-se que não estamos a entrar em linha de conta com o período necessário à alteração do contrato cuja versão foi objecto de recusa de Visto pelo TC.**

Já a negociação com os concorrentes no concurso relativo ao **Hospital de Braga** decorria há cerca de **20 meses**, sem que estivesse terminada à data dos trabalhos de auditoria.

<sup>44</sup> Tal aconteceu igualmente nos procedimentos relativos aos concursos para os Hospitais de Loures, Braga e Vila Franca de Xira

<sup>45</sup> Tendo tal contrato sido assinado em Fevereiro de 2008. O Visto do TC, mas, desta vez a um contrato diferente, assinado em Outubro do mesmo ano, só viria a ocorrer, já terminados os trabalhos de auditoria, em Novembro de 2008





### 7.3. O inédito enquadramento do projecto de execução

A análise da estrutura do processo concursal adoptada pelo Estado indica uma estreita ligação entre necessidade de separar a negociação competitiva da negociação final e a inclusão, nesta última, da aprovação dos projectos de execução.

Entidades que intervieram no processo de gestão pública vieram referir ao TC que, de facto, **parte significativa do decurso da negociação final foi dedicada ao desenvolvimento, apreciação e aprovação do projecto de execução.**

Note-se que, ao contrário do que acontece nas PPP da Saúde, em PPP de **outros sectores este processo de apreciação e aprovação do projecto de execução ocorre já após a adjudicação**, não influenciando no processo de negociação.

De acordo com a opinião de uma das entidades auscultadas pelo TC

“Esta prática pode mesmo gerar oportunidade para o concorrente procurar negociar aspectos não negociáveis, ou ainda obter vantagens imprevistas (por exemplo, evitar a tributação em sede de IVA, se tal vier a ser aplicável) ou não partilhar com o Estado eventuais benefícios imprevistos (por exemplo, economias conseguidas ao nível do projecto de execução com a redefinição da área de implantação das instalações).”

Por outro lado, o controlo atempado de aspectos acessórios<sup>46</sup>, na óptica do Estado, incluídos nos projectos de construção é susceptível de provocar uma diminuição dos custos a suportar pelo Estado. No entanto, alguns responsáveis públicos referiram não ser evidente a utilidade que globalmente o sector público retirou desta situação.

Certo é que, concomitantemente com outros factores, a inclusão da aprovação dos projectos de execução na fase de negociação final, veio também tornar mais complexa a fase de negociação final e contribuiu para o prolongamento dos concursos em que ocorreu.

### 7.4. Um modelo não testado

O modelo gizado não possuía paralelo no campo internacional. Desde logo, **diversos países, incluindo o Reino Unido, optaram pela não inclusão da gestão dos serviços clínicos no objecto contratual.**

O modelo Português não coincidiu com as principais experiências europeias, nomeadamente, as ocorridas no Reino Unido<sup>47</sup>, em que o modelo se alicerçava na prestação, por parte do operador privado, de um conjunto de serviços que compreendia os serviços infraestruturais e os serviços de *hard e soft facilities management*, e no qual, também o operador privado não era nem responsável pela prestação de cuidados de saúde, nem pela gestão clínica.

Já por outro lado, podem ser encontradas algumas semelhanças com o modelo da Autonomia Regional de Valência (Espanha), que se baseava num contrato do tipo concessão administrativa que tinha como objecto a concepção, construção, financiamento de uma nova unidade hospitalar de média dimensão e a prestação de serviços clínicos, por um período de 10 anos (renovável até 15 anos).

No entanto tal modelo havia sofrido, no emblemático caso do Hospital de La Ribera, a **partir de 2003**, uma alteração de fundo ao incluir no objecto de um contrato, diferente do inicial, a prestação de cuidados de saúde primários na área de influência.

**Ora, 2003 foi precisamente o ano em que foi lançado em Portugal o concurso para a primeira PPP hospitalar** (primeiro concurso do Hospital de Loures).

De qualquer forma, sublinha-se que o modelo que se pretendeu implementar diferia dos modelos referidos, nomeadamente, nos mecanismos de pagamento.

**Assim, a preparação do modelo foi efectuada na ausência de experiência de implementação, a nível internacional, de um modelo paralelo, o que implicaria a necessidade de vir a**

<sup>46</sup> Tipo de revestimentos, por exemplo

<sup>47</sup> No Reino Unido, até 2003, foram assinados 25 contratos relativos a projectos hospitalares, encontrando-se 19 contratos já em fase operacional e 39 novos projectos em pleno processo concursal



**implementar soluções de contratação não testadas.**

Tal é sublinhado também por uma das entidades privadas que participou em diversos processos concursais ao afirmar as dificuldades que, mesmo para o sector privado, implicou a utilização de um modelo nacional específico:

“Para além da complexidade do modelo, destacamos o facto de ser inovador, uma vez que, **de acordo com a experiência internacional, os serviços clínicos, nem sempre são concessionados.** Estes factores estiveram **na base das maiores dificuldades enfrentadas pelos concorrentes, consultores, Bancos e pela Equipa de Negociações**”.

(nosso destaque)

Outra das entidades questionadas pelo TC também veio reconhecer que as virtudes de **um modelo carecem de ser testadas em cenários reais. Ora no âmbito de um Ministério sem experiência anterior na preparação e lançamento de PPP e pretendendo-se lançar mão de um modelo sem paralelo no campo internacional, justificar-se-ia plenamente o respectivo teste através de um projecto-piloto.**

Aliás, uma entidade reconhecidamente especializada em PPP vem referir ao TC o que se transcreve e subscreve:

“Tendo optado por um regime mais complexo e inovador com a inclusão do risco clínico, **teria sido prudente avançar com um projecto-piloto** que permitisse testar e apurar o modelo, antes de avançar com outros concursos.”

(nosso destaque)

Já uma entidade privada prefere destacar que o Estado:

“Reduziu de 10 para 4 hospitais o Programa mesmo **antes de ser testada no terreno a primeira PPP**, não invocando qualquer razão técnico-financeira, deficiência do procedimento em si ou de incorrecto comportamento ou desinteresse por parte dos concorrentes.”

Efectivamente, **em Outubro de 2008, o modelo inicial não se encontrava ainda testado, apesar dos diversos concursos lançados.**

**No entanto, o modelo inicial, havia, já sido descontinuado, isto é, não seria aplicado aos concursos da segunda vaga.**

## 7.5. A lenta acumulação de experiência

Em resultado dos atrasos sucessivos, bem como da incapacidade do Estado para gerir o Programa, a acumulação de experiência por parte do Estado tem sido, assumidamente, lenta, por via da inexistência de um procedimento completo, até Outubro de 2008<sup>48</sup>.

A importância deste facto é sublinhada pela EMPS, quando relaciona como agravamento da já referida inexperiência em PPP, a falta de um procedimento levado até ao final:

“**O contrato de gestão do hospital de Cascais foi o primeiro a ser assinado no programa de parcerias na vertente hospitalar. A inexistência de experiência acumulada e de procedimentos consolidados em fases negociais neste tipo de concurso terá influenciado o seu decurso no procedimento de Cascais.** No entanto é expectável que os concursos seguintes sejam marcados por fases de negociação mais céleres, em resultado da experiência recolhida no caso de Cascais e do melhoramento introduzido em aspectos essenciais tais como acessibilidade à informação sobre prestação de cuidados e indicadores de desempenho.”

Até mesmo quando se deu o lançamento do 5.º concurso (O designado Concurso “Loures II”), em Março de 2007, apenas haviam terminado a fase de avaliação de propostas dos concursos do Hospital de Braga e de Cascais, decorrendo a negociação competitiva deste último.

<sup>48</sup> Data de encerramento dos trabalhos de auditoria O Visto do TC, ao primeiro contrato (Hospital de Cascais), viria a ocorrer em Novembro de 2008



## 7.6. Uma implementação experimentalista

Como se disse, não houve o recurso a um projecto-piloto e não houve senão em 2008 um procedimento próximo de estar completo.

**Assim, a capacidade do Estado para a implementação de parcerias na Saúde, só se tem vindo a formar ao longo de sucessivos reveses nos consecutivos concursos lançados, os quais tardam em produzir benefícios identificáveis tanto para os utentes como para os concorrentes e até mesmo para o próprio Estado no que concerne aos ganhos em Saúde.**

Se o facto de ter havido alguma aprendizagem é, na opinião da maioria das entidades ouvidas pelo TC, um dos principais aspectos positivos da primeira vaga de PPP, não se pode ignorar que a mesma aprendizagem resulta de um processo de gestão fortemente experimentalista, no qual se foram introduzindo sucessivas alterações quanto ao modelo, ao desenho dos procedimentos e à intervenção das entidades públicas

Assim, a Parpública vem referir que “o carácter **inovador** destes contratos PPP (mesmo em termos internacionais) (...) **tem implicado alguma necessidade de correcção ou melhoramento dos procedimentos inicialmente estabelecidos que acarretam atrasos, possivelmente inevitáveis**”.

Este experimentalismo é evidenciado nos elementos analisados, pelo TC, durante a presente auditoria, quer com origem em entidades públicas, quer apresentados por entidades privadas. De facto, a troca de elementos que foi sendo efectuada entre as entidades privadas e o Estado demonstra que, em muitos aspectos, sobejamente referidos ao longo do presente relatório, foram sendo ensaiadas soluções que, no fundo, foram necessárias por desde início o Estado não ter tido presente uma ideia clara de como transpor para concurso o que pretendia com o recurso ao sector privado<sup>49</sup>.

A sucessão dos acontecimentos relativos ao Hospital de Loures é um reflexo maior de tal implementação experimentalista. Após a impossibilidade de se chegar a bom termo no caso do primeiro concurso relativo ao Hospital de Loures, pelo facto basilar de se considerarem

incomparáveis as propostas, a CAP viria a pôr a hipótese de ser lançado novo concurso, apenas com concorrentes qualificados. Não tendo essa sido a via finalmente implementada, o concurso viria a ser extinto e a ser lançado novo concurso com o mesmo objecto.

Também exemplificativas são as alterações de fundo que macularam o desenvolvimento do processo de contratação do Hospital de Cascais, as quais em grande parte ocorreram na fase de negociação final. Reforçando o que fica dito, lembra-se que perante a recusa de Visto do TC ao contrato do Hospital de Cascais, entretanto adjudicado, veio a ser produzido pelo Ministério das Finanças e da Administração Pública e pelo Ministério da Saúde, um Despacho Conjunto<sup>50</sup> com o objectivo de promover a abertura de um procedimento interno de 2.º grau com, entre outros, o seguinte fundamento:

“Que é necessário (...) manter a produção de efeitos dos actos e contratos até à resolução das questões colocadas pela recusa de visto do Tribunal de Contas;”

Efectivamente, o referido Despacho Conjunto veio na sequência da interposição de recurso, relativamente à recusa de Visto do TC, tendo sido suspenso o prazo para o trânsito em julgado.

Ou seja, houve intenção de resolver as insuficiências que radicavam nas peças concursais dos concursos lançados através de medidas cuja legalidade foi sendo apreciada, quer pela PGR<sup>51</sup>, quer pelo TC<sup>52</sup>.

## 7.7. A falta de avaliação prévia das capacidades do Estado

Outro aspecto relevante é a inexistência, no âmbito do Ministério da Saúde de projectos em PPP, **antes da designada primeira vaga de hospitais**, na qual se previa utilizar este tipo de contratação.

Ao contrário do que acontece no sector dos transportes, cujas primeiras concessões remontam aos anos 70, a designada primeira vaga de PPP, no sector da saúde, anunciada pelo Governo em 2001, surge num quadro de ausência de experiência com a contratação de unidades hospitalares pela via das PPP.

<sup>49</sup> Vide pontos relativos às peças concursais e em particular aos cadernos de encargos

<sup>50</sup> Despacho n.º 22617/2008, de 26 de Agosto

<sup>51</sup> Primeiro concurso relativo ao Hospital de Loures

<sup>52</sup> Contrato do Hospital de Cascais



No entanto, tal como refere ao TC a EMPS, houve “que desenvolver o modelo a partir do zero”. Tratou-se, portanto, de implementar um programa de PPP em DBOFT, no âmbito de um Ministério que até então não tinha a elas recorrido e no qual as **entidades públicas intervenientes possuíam experiência apenas no domínio do desenvolvimento directo de projectos hospitalares pelo Estado**, e, sublinhe-se, não no domínio das PPP.

Pretendia-se, como se disse já, que tais entidades participassem no lançamento de 10 hospitais a um **ritmo inicialmente esperado de 2 a 3 projectos por ano**.

Assim, pelos mais diversos intervenientes é apontada como causa da derrapagem do programa, **a falta de experiência dos intervenientes públicos, ou, ainda, em forma de balanço, que a experiência obtida foi uma das importantes mais valias da implementação do programa**.

Por exemplificativa, refere-se a opinião do CFMS:

“Assim, pode dizer-se que, de algum modo, ainda se está numa fase de aprendizagem neste domínio, pelo que um balanço terá de se reportar, especialmente, à capacidade demonstrada pelos principais actores de aprender com a experiência e, sobretudo, com os erros eventualmente cometidos, procedendo à sua oportuna correcção. Ora, nesta perspectiva, a nota dominante parece ser a aquisição de um expressivo capital de experiência nesta matéria, o qual, aliás, tem vindo a ser sucessivamente utilizado para inverter práticas que se revelam menos correctas.”

Importante para a caracterização de um aspecto essencial que decore da falta de experiência sectorial em PPP é o que refere uma das entidades privadas auscultadas pelo TC, ao fazer notar que:

“a adopção dos meios e modelos tradicionais dos procedimentos concursais públicos é assim,

completamente desadequada às PPP na saúde, aliás como experiências semelhantes noutros países já haviam demonstrado”.

No mesmo sentido, a EMPS refere no seu relatório de acompanhamento, em Julho de 2006<sup>53</sup>, que algumas das práticas até então seguidas, “operam a adequação das fases de desenvolvimento de um projecto técnico de uma unidade hospitalar à estrutura de um procedimento de contratação em regime PPP, **abandonando a lógica inversa inerente à contratação tradicional**”.

Assim, condensando muito do que foi até aqui referido, bem como do sentido geral de diversas outras respostas, quer do sector público quer do sector privado, ao questionário de auditoria, um dos concorrentes de diversos concursos lançados pelo Estado, avança com uma explicação global: “o programa, porventura demasiado ambicioso em termos de objectivos e de calendário, terá sido condicionado pela complexidade e novidade dos procedimentos adoptados **e pela falta de experiência e de recursos próprios do Estado para o seu desenvolvimento**”

## 7.8. A falta de adequados instrumentos de planeamento sectorial

Quando empreende directamente projectos hospitalares, o Estado continua a ter a possibilidade objectiva de controlar variáveis cuja gestão influencia fortemente o desempenho da gestão clínica, bem como das necessidades ao nível das infra-estruturas.

Ora, **no caso das PPP em análise, o controlo de tais variáveis**, como, por exemplo, a articulação com os cuidados de saúde primários, não é posto a concurso. Este facto torna evidente a necessidade de, previamente à contratação, existir um acrescido cuidado no planeamento sectorial. Entre outros aspectos, o planeamento de infra-estruturas de saúde deve radicar na caracterização das necessidades de cuidados de saúde da população-alvo, bem como na articulação das unidades existentes na área de influência e finalmente na avaliação das prioridades de investimento.

<sup>53</sup> A propósito da alteração que se veio a verificar relativamente às Normas de Elaboração de Projectos e das Especificações Técnicas e Serviço



De facto, o lançamento em vaga de PPP hospitalares foi motivado, tanto na primeira como na segunda vaga, sobretudo por decisões políticas<sup>54</sup>, isto é, sem ter por base critérios técnicos de prioridade.

Os serviços do Ministério da Saúde referiram ao TC, a propósito das PPP em análise, que:

**“A selecção das prioridades não foi fundamentada em termos técnicos”**

Só posteriormente, já em 2006, foi determinado<sup>55</sup>, na sequência de um estudo de priorização de investimentos, que a segunda vaga do Programa, para os Novos Hospitais em PPP, seria implementada pela seguinte ordem:

1. Hospital de Todos os Santos
2. Hospital de Faro
3. Hospital do Seixal
4. Hospital de Évora
5. Hospital de Vila Nova de Gaia
6. Hospital de Póvoa do Varzim/Vila do Conde

De igual forma se nota, a inexistência de um instrumento de planeamento estratégico aplicável às Regiões de Saúde e nomeadamente à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo<sup>56</sup>. Na verdade, tornou-se necessário basear os estudos estratégicos de cada PPP apenas nos contributos técnicos produzidos, em cada caso, pelas diversas entidades do Ministério da Saúde, “bem como nas decisões políticas”.

Este facto foi expressamente assumido pelos consultores contratados pelo Estado<sup>57</sup> quando elaboraram os estudos estratégicos e económico-financeiros de projectos lançados em PPP.

Não admira, portanto que, relativamente ao concurso do Novo Hospital de Cascais se tenha verificado a incidência de alterações ao quadro inicialmente previsto de contratação. Tais alterações resultaram da falta de condições para a fixação, em definitivo, do perfil assistencial. O próprio arrastamento dos processos viria a agravar este problema.

<sup>54</sup> Ainda que não se questione a existência de objectivos de serviço público

<sup>55</sup> Com a publicação do Despacho do Ministro da Saúde, de 31 de Maio de 2006<sup>55</sup>, que teve por base o Relatório Final, de Fevereiro de 2007, realizado pela Escola de Gestão do Porto<sup>55</sup>, que teve em conta a ponderação de diversos critérios de priorização do grau de importância dos investimentos

<sup>56</sup> No âmbito da qual se encontram a maioria das PPP hospitalares de Primeira Vaga

<sup>57</sup> Vide o estudo relativo ao hospital de Cascais

Foram, por isso, objecto de negociação com os concorrentes alterações ao projecto inicial, tais como a manutenção da unidade de HIV/Sida ou o encerramento da unidade de oncologia.

## 7.9. A falta de padrões de referência

Num tipo de contratação complexo e moroso, como o das PPP, a capacidade do Estado para fixar a si próprio padrões de desempenho, tanto desejáveis como realistas, é também essencial.

Para a elaboração de padrões de desempenho existem, essencialmente, duas fontes possíveis: experiências já ocorridas no seio da administração pública; ou informação disponível no mercado, com base em experiências privadas<sup>58</sup>.

Os cenários que serviram de benchmarking às propostas dos concorrentes basearam-se no desempenho de um conjunto de unidades hospitalares públicas que se estabeleceu, então, como grupo de referência e que foi utilizado para a elaboração do designado comparador do sector público.

Ora, apenas em 2002 foi iniciada a empresarialização dos hospitais públicos pretendendo-se, então, prosseguir objectivos de eficiência. Entretanto, o próprio modelo de empresarialização sofreu alterações, passando a incluir a forma jurídica de sociedades anónimas e posteriormente à configuração de EPE.

Assim, a EMPS referia, já em 2004, no estudo estratégico e económico-financeiro do Novo Hospital de Cascais<sup>59</sup>, que:

“Só recentemente começou o Estado a introduzir elementos de inovação na organização e gestão dos hospitais, assumindo particular importância a experiência relativa à empresarialização de 31 hospitais públicos e as experiências piloto do Hospital de S. Sebastião e da Unidade de Saúde Local de Matosinhos”

<sup>58</sup> Como vimos, a comparação com casos prévios de contratação em PPP semelhantes não era possível, uma vez que estes eram, à data de lançamento do Programa, inexistentes

<sup>59</sup> A propósito do “potencial para inovação do sector privado”





Por outro lado, também, o recurso à comparação com o que já efectuava o sector privado não seria facilmente exequível. Conforme refere o CFMS:

“Acresce que, no plano interno, também o benchmarking que se possa estabelecer com a prática (amplamente documentada) da prestação de cuidados de saúde pelo Sector Privado não é plenamente aplicável, em virtude de sofrer do significativo enviesamento que resulta do facto de essa actividade se confinar a segmentos de mercado específicos que, no seu conjunto, traçam um perfil distinto da prestação universal de cuidados de saúde a que o SNS está constitucionalmente vinculado e que, portanto, as PPP reflectem”

Ora a dificuldade de obter padrões de referência reflectiu-se em aspectos fundamentais dos processos de contratação, que contribuíram, também, para a dilatação dos prazos, entre os quais no comparador do sector público e em particular, na definição dos níveis de serviço pretendidos. A análise efectuada pela EMPS à derrapagem dos prazos nestes processos de contratação, permitiu-lhe avançar com a seguinte explicação:

**“a não existência de uma experiência acumulada que permitisse uma consolidação e sistematização de requisitos, como seja o caso dos níveis de serviço, pode ter contribuído para a dilatação dos prazos de conclusão de várias etapas dos concursos, nomeadamente no caso de Cascais”.**

Efectivamente, a análise dos memorandos trocados entre entidades privadas e a EMPS indica amplas divergências relativamente aos padrões de serviço exigíveis e à respectiva fundamentação técnica e teórica, pondo em causa a respectiva aderência à realidade.

As dificuldades, assim presentes, terão também contribuído para um desenho menos objectivo das peças concursais e consequentemente para as dificuldades de elaboração e avaliação das propostas dos concorrentes. Este aspecto mostra, igualmente, que parte das dificuldades que o

Estado encontra quando recorre às PPP são, afinal, factores que dificultam uma melhoria da qualidade da sua gestão directa de projectos de igual natureza.

#### 7.10. O efeito “bola de neve”

É conhecido que a gestão do lançamento de concursos deve ser planeada, não só em face da necessidade de obtenção do serviço através da implementação dos projectos, mas também tendo em conta a capacidade de resposta de gestão por parte do Estado, bem como do mercado, para responder de forma adequada.

**Na contratação em PPP, a gestão criteriosa do fluxo de projectos<sup>60</sup> é reconhecidamente essencial, para<sup>61</sup>:**

- ✘ Uma reprodutiva aprendizagem de concurso para concurso;
- ✘ Manter em níveis suportáveis a pressão sobre os recursos do Estado;
- ✘ Aproveitar a capacidade de resposta existente no sector privado;
- ✘ Em suma, recorrer a este tipo de contratação, de forma eficiente e eficaz.

O lançamento simultâneo de projectos de investimento com características semelhantes poderá, em determinadas condições, ter vantagens relacionadas com os ganhos de eficiência nas estruturas de gestão, ou na atracção de parceiros privados.

Ora, não tendo sido asseguradas, antes do início do Programa, adequadas condições para a gestão pública, em termos de recursos e de organização, não só foram criadas falsas expectativas ao mercado<sup>62</sup>, como nenhuma das vantagens que se poderiam obter com o lançamento em vaga, foram obtidas.

<sup>60</sup> Project pipeline.

<sup>61</sup> Outras vantagens, e por exemplo, para assegurar a sustentabilidade orçamental

<sup>62</sup> As entidades privadas contactadas pelo TC referem ter aplicado **avultados recursos, quer nas estruturas que criaram para dar resposta ao Programa, quer na elaboração de propostas.**



No decorrer do Programa de PPP/Saúde, o número de concursos em aberto tornou-se uma dificuldade para o Estado em face da respectiva incapacidade para efectuar um diagnóstico prévio e de planear adequadamente a respectiva forma de intervenção nas sucessivas fases concursais. Os atrasos verificados quer no lançamento dos diversos concursos, quer no andamento das respectivas fases, resultou, no último trimestre de 2007, em quatro concursos a decorrer paralelamente. Esta situação veio a aumentar a pressão sobre os recursos envolvidos, tanto públicos como privados.

Aliás, o Estado, ao que tudo indica, nem sequer teve em consideração a capacidade de resposta do mercado, visto que no caso do segundo concurso relativo ao Hospital de Loures, já em 2007, apenas concorreram dois agrupamentos, tendo sido solicitada prorrogação de prazo para entrega das propostas por parte de quatro agrupamentos, alguns envolvidos simultaneamente noutros concursos. Diga-se que, de acordo com os concorrentes, nem todos os recursos apresentados terão sido aceites.

Ainda no que diz respeito ao sector privado, a falta de eficácia da gestão pública do Programa, levou à criação de falsas expectativas nos privados, bem como a que os concorrentes, segundo os próprios, tenham gasto recursos substanciais não só na criação de estruturas dedicadas a dar resposta ao programa de PPP lançado pelo Estado, como nas propostas apresentadas em cada concurso.

A pressão sobre os recursos afectou também a gestão dos consultores. A Estrutura de Missão Parcerias. Saúde refere, sobre este aspecto, o seguinte:

“De salientar que os consultores afectos aos concursos de primeira vaga (o Consórcio 3P Saúde) encontravam-se a prestar assessoria a quatro concursos em simultâneo, pelo que a sua capacidade de resposta encontrava-se seriamente comprometida contribuindo também para o prolongamento dos prazos verificados nestes concursos.”

Neste ponto, deve considerar-se que a pressão sobre os organismos do Ministério da Saúde e dos

próprios consultores abrange, igualmente, a fase de preparação das parcerias.

Recorde-se também que os problemas verificados nos diversos processos de concurso radicaram em grande medida nas próprias peças concursais aos quais o percurso de cada procedimento se encontrou ancorado, o que por sua vez motivou dificuldades na apreciação das propostas e por sua vez no curso das negociações.

Assim, num cenário de procedimentos com fragilidades fundamentais decorrendo em simultâneo, conforme refere a EMPS:

“A estabilidade dos procedimentos limita fortemente a incorporação de experiência adquirida em concursos já lançados, ou seja, a inércia do Programa é elevada e lenta a modificação de procedimentos concursais com base na experiência.”

## 7.11. A intervenção das entidades públicas

A EMPS tem como função genérica promover, implementar, coordenar e fornecer o apoio logístico, ao programa de PPP definido pelo Ministério da Saúde.

Até 2005 a EMPS constituía a principal articulação com o Ministério das Finanças, uma vez que assegurava a representação do Ministério da Saúde nas Comissões de Acompanhamento. Ao mesmo tempo, a EMPS era a responsável pela contratação de consultores para apoio aos trabalhos das comissões temporariamente constituídas<sup>63</sup>.

Por seu lado, até ao mesmo ano:

“os organismos do Ministério da Saúde **mais directamente relevantes para a qualidade dos processos, DGS, IGIF, DGIES e a ARS da região em causa integravam apenas um Grupo de Trabalho** nomeado para, no quadro das respectivas atribuições e **num prazo de 30 dias, proceder à aprovação dos documentos técnicos preparados para a EMPS pelos consultores**”<sup>64</sup>.

<sup>63</sup> Até ao mesmo ano, apenas nas Comissões de Avaliação de Propostas, intervinha também um representante do IGIF. De facto, como refere a Parpública, não é possível substituir a experiência sectorial em PPP, pelo mero recurso a consultores

<sup>64</sup> Relatório de Actividades da EMPS de 2007



Note-se que era à maioria dos organismos citados que cabiam tradicionalmente as funções de planeamento do Ministério da Saúde. Actualmente, tais funções no que diz respeito às unidades do SNS, estão, à excepção das respeitantes às ARS, integradas na Administração Central do Sistema de Saúde, enquanto, agora, órgão de planeamento central.

Ou seja, os diversos organismos da administração pública do MS detinham, já antes, competências e dependências hierárquicas e funcionais organicamente atribuídas, antes do surgimento da EMPS e da preponderância do papel dos consultores externos.

Por isso, a delimitação formal de competências e, na prática de papéis, nem sempre foi clara para os intervenientes públicos sectoriais, uma vez que se viam perante a necessidade de responder directamente aos consultores, bem como fornecer elementos para processos que, em pormenor, desconheciam<sup>65</sup>.

Senão, veja-se o que referia a DGIES, **já em 2006**, em ofício enviado à EMPS:

“Tendo em consideração que a DGIES é um organismo da Administração Pública Central do Ministério da Saúde esta não poderá receber instruções ou directivas de um consórcio de consultores privados (...)”.

Também outros organismos do MS manifestaram ao TC dificuldades ocorridas no respectivo relacionamento directo com a EMPS. Um organismo do Ministério da Saúde **chegou a referir perceber os objectivos de determinadas vertentes da intervenção pública como contraditórios**.

Foi **apenas a partir de 2005** que para além dos elementos da EMPS e representantes do Ministério das Finanças, progressivamente foram sendo envolvidos elementos provenientes da DGS e da DGIES, nas Comissões de Avaliação de Propostas e nas Comissões de Acompanhamento.

Assim, a respeito da sua intervenção, um ex-responsável da DGIES comunicou ao TC que até 2006:

“É patente a informação limitada que a ex-DGIES tinha sobre os processos de PPP”

e que

“(...) o envolvimento da DGIES nos processos específicos de preparação de concursos em regime de parceria público - privado **tem sido limitado** a preparação de especificações, contribuições pontuais para a elaboração de cadernos de encargos e de outros documentos de concurso, bem como apoio à avaliação de propostas (...)”.

**No entanto, as ARS, continuaram afastadas das Comissões de Avaliação de Propostas.** Tal envolvimento, **apenas se viria a verificar já em 2007**.

A ARSLVT veio referir que, no seu caso concreto:

“Esta ARSLVT iniciou a sua participação neste Programa há cerca de um ano, mais precisamente, a partir de 19 Março de 2007”.

Este envolvimento tardio dos organismos do Ministério da Saúde e as respectivas consequências foram também perceptíveis ao sector privado. Uma das entidades privadas veio referir o seguinte:

“A percepção que se tem é que o programa de hospitais em PPP foi delineado e desenvolvido sobretudo com a colaboração de consultores e com a **intervenção diminuta dos organismos e instituições do Ministério da Saúde**. Este facto foi notório na negociação final do contrato do Hospital de Cascais onde a intervenção da **Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo surgiu em fase já adiantada do processo de negociação** e, em algumas situações, contestando aspectos concretos do contrato decorrentes do caderno de encargos”.

(nosso destaque)

<sup>65</sup> Como se verá no ponto seguinte







Esta afirmação, está, aliás, de acordo com a própria percepção manifestada pela EMPS:

“o programa de parcerias engloba um vasto conjunto de organizações e indivíduos cuja boa articulação é um factor chave para o sucesso do programa (...)”

e que

“a articulação e o envolvimento das várias organizações do Ministério da Saúde no programa não terá sido o desejável, podendo este aspecto ter contribuído também para o prolongamento dos prazos ocorridos no programa”.

Outros organismos da administração pública, como a ERS e a IGAS referem não terem sido chamados a intervir nos processos de PPP. Também a IGF refere não ter desenvolvido actividade no campo da Primeira Vaga das PPP da Saúde.

Ou seja, como refere um responsável público em resposta ao questionário elaborado pelo TC, não tendo sido testado o inicial modelo de PPP no terreno,

**“Até ao presente, o que foi verdadeiramente testado foi a capacidade de implementação do sector público”.**

## 7.12. A desadequação dos recursos

No Programa de Parcerias da Saúde a correcta afectação de recursos era necessária para que se pudesse alcançar os respectivos objectivos.

No entanto, veio a constatar-se que, ao contrário do que seria previsível, este tornou-se, também um dos aspectos críticos do processo de *procurement*.

O TC veio a apurar que a EMPS se deparou com dificuldades em gerir o Programa de PPP/Saúde, face às carências existentes ao nível do seu quadro de pessoal.<sup>66</sup>

A EMPS, nos seu Relatório datado de 31 de Dezembro de 2006 referia persistir a exiguidade dos seus recursos internos, pelo que **o elevado**

<sup>66</sup> Note-se que, de acordo com o Relatório de Actividades de 2007, datado de 30 de Maio de 2008, os recursos humanos desta entidade foram reforçados no segundo semestre de 2007

**número de projectos em curso, em preparação, ou que se previam lançar, em 2007, era “claramente incompatível com os recursos disponíveis”, fossem financeiros ou humanos.**

Já no respectivo Relatório de Actividades de 2007, terminado em Maio de 2008, referia-se ainda que apesar do reforço dos meios humanos entretanto operado no segundo semestre de 2007, ao longo dos primeiros meses de 2008 a sobrecarga na Estrutura de Missão manteve-se a níveis muito elevados”.

Consequentemente, a falta de recursos na EMPS, foi um dos factores que contribuiu para uma maior **dependência** de consultores. Desta forma a EMPS refere no já citado relatório de actividades que:

**“Os recursos extremamente limitados de que [a EMPS] dispunha no início de 2007 implicavam uma dependência excessiva dos consultores contratados e não permitia o desenvolvimento autónomo de actividades cruciais para o controlo dos processos”.**

Na mesma vertente, importa referir a falta de recursos disponíveis noutras entidades do Ministério da Saúde para colaborarem na prossecução dos objectivos do Programa.

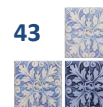
Assim, também a Direcção-Geral de Saúde<sup>67</sup> referiu o seguinte:

**“A escassez de recursos disponíveis afectou claramente o desenvolvimento dos projectos; Não foi desenvolvido o estudo aprofundado sobre as necessidades, em parte devido à escassez de recursos disponíveis, o que afectou claramente o desenvolvimento dos projectos.”**

(nosso destaque)

Apesar de ter recorrido à consultadoria para dar apoio às actividades desenvolvidas pela própria Parcerias Saúde, pelas Comissões de Avaliação de Propostas ou por Grupos de Trabalho do Ministério da Saúde encarregues de elaborar estudos e propostas de projectos, aquela primeira entidade não deixa de reconhecer que:

<sup>67</sup> Cujas funções são actualmente englobadas na ACSS



“A escassez de recursos humanos qualificados existente ao nível dos organismos do Ministério da Saúde **com competências técnicas nas várias vertentes** do Programa de Parcerias em Saúde **quer a capacidade disponível ao nível dos consultores de apoio ao Programa,** têm contribuído para **uma menor eficácia na sua execução com conseqüências nos prazos de execução.**”

(nosso destaque)

Diga-se que a quantidade de recursos não constituiu o único problema. Desde logo, a Parpública diagnosticou esta situação quando referiu:

“(…) contratar mais consultores não contribuiria para resolver o problema, antes ajudaria a agravá-lo, pois uma parte do problema, é a dificuldade em coordenar, controlar e fiscalizar o trabalho das largas equipas de consultores.”

De facto esta é também uma matéria relativamente à qual se faz referência em vários relatórios do Sistema de Acompanhamento de Projectos PPP da EMPS. Por exemplo:

“Uma adequada articulação entre as CAP, os consultores e os departamentos técnicos é essencial para assegurar a eficácia do processo de avaliação de propostas.”

Assim, não foi possível estabelecer uma adequada articulação entre os consultores e as várias Comissões e Grupos de Trabalho envolvidos na preparação e contratação de Projectos PPP, para as quais aqueles prestavam os serviços de consultadoria.

### 7.13. A falta de clareza das peças concursais

A generalidade das entidades privadas participantes nos agrupamentos concorrentes refere que as peças concursais apresentavam não só lacunas na informação, consideradas muito relevantes, como alguns conceitos vagos e indeterminados que motivaram sucessivos pedidos de esclarecimento, dificultaram a apresentação de propostas, contribuindo, assim, para a dilatação do decurso dos concursos.

Como refere uma das entidades privadas ouvidas pelo TC:

“Os **processos de negociação são pesados, o que, face ao tipo de projectos, não seria de estranhar.** Simplesmente, **a falta de clareza de algumas definições e objectivos, exigindo muitos esclarecimentos e consultas adicionais, traduzem-se num arrastar da negociação por um período de tempo significativo.**”

(nosso destaque)

Entre os aspectos considerados insuficientemente claros estão aspectos básicos como a falta de explicitação do regime fiscal aplicável a cada sociedade veículo, obrigando a sucessivos pedidos de esclarecimento junto da administração fiscal, a falta de explicação de pressupostos de dimensionamento e de serviço, plano de execução do empreendimento pouco claro, relativamente aos momentos de desenvolvimento das fases de projecto (motivando incerteza quanto às obrigações do concorrente antes e depois da assinatura do contrato - aspecto referido como actualmente ainda pouco claro), conceitos vagos e indeterminados relativamente à possibilidade de subcontratação, ausência de requisitos funcionais e operacionais mínimos e incerteza sobre as responsabilidades a atribuir a cada sociedade gestora (fornecimento e manutenção do equipamento geral).

Os elementos analisados durante a auditoria indicam também que as próprias alterações de concurso para concurso têm motivado pela parte dos concorrentes dúvidas substanciais no que respeita à melhor forma de corresponder, através da apresentação de propostas ou da participação em processos de negociação.

Alguns dos aspectos ausentes, ou, noutros casos, passíveis de diversas interpretações, foram considerados como causadores de dúvidas presentes até à fase de negociação, pelo que não é de estranhar que, também por isso, a mesma fase tenha tendido a arrastar-se por períodos significativos, face à necessidade de diversos esclarecimentos e consultas adicionais.

Algumas das lacunas foram mesmo consideradas como causadoras da introdução de subjectividade no resultado dos concursos, como é caso da insuficiência de informação relativa aos critérios e subcritérios de avaliação estabelecidos, bem como



à respectiva valoração. Este factor não proporcionou aos concorrentes uma clara distinção entre o que poderia ser por si considerado estratégico, ou, pelo contrário, deveria ter tratamento igual em todas as propostas. Já para o Estado, o mesmo factor, implicou dificuldades em empreender os processos de avaliação, os quais por vezes foram referidos como impossíveis de refazer.

Acresce que os efeitos dos aspectos descritos não se resumem, isoladamente, à dilatação de prazos, ou à dificuldade de avaliação e comparação de propostas. No âmbito da correspondência consultada, um dos promotores faz notar ao Estado que:

“a ambiguidade é em si mesma um factor de risco que os financiadores penalizam e que agrava o preço da parceria”

Digna de nota é, igualmente, a interpretação de uma das entidades privadas, sobre o conteúdo das peças concursais, ao referir que o Estado:

“Introduziu uma atitude de desconfiança permanente face aos concorrentes que pretende por parceiros, desde logo espelhada na complexidade do Programa de Procedimentos e Caderno de Encargos”

#### 7.14. A rigidez dos cadernos de encargos

Para além das já atrás referidas, uma característica principal associada aos cadernos de encargos é o facto de terem sido marcados por uma **lógica próxima da contratação tradicional**.

Neste sentido, o respectivo **excessivo** detalhe foi encarado como limitador da margem de inovação, necessária aos ganhos de eficiência do sector privado, privilegiando a lógica de definição de *inputs* e não dos resultados pretendidos.

Uma das entidades privadas veio referir o que se dá por ilustrativo da posição dos concorrentes contactados pelo TC:

“No que respeita às características do Caderno de Encargos, ressalta o sempre difícil alinhamento da proposta e dos seus conteúdos com os objectivos pretendidos pela Entidade Pública Contratante. De facto, o Concorrente nem sempre possui uma autonomia para a

formulação de soluções a apresentar de forma a garantir uma verdadeira transferência de risco para o sector privado.”

(nosso destaque)

No mesmo sentido está o seguinte comentário:

“Julgamos ainda mais útil que a limitação da acção do sector privado, seria a **definição dos requisitos mínimos para o Serviço a garantir no Novo Hospital, deixando ao privado a forma de o atingir, conduzindo a uma maior facilidade da comparabilidade das propostas e à celeridade do processo de decisão.**”

**Ou seja, por um lado, o Estado começando por não adequar, em especial o caderno de encargos ao tipo de contratação de que pretendia fazer uso, introduziu um desequilíbrio no quadro de referência da partilha de riscos.**

**Por outro lado possibilitou a concorrência de duas ópticas de contratação díspares, a da contratação tradicional e a das PPP, contribuindo para os sucessivos deslizos temporais do Programa de PPP da Saúde.**

Sobre esta matéria, há ainda a relevar o comentário que a ARSLVT apresentou:

“Na nossa opinião julgamos que a **derrapagem do processo de adjudicação** poderá dever-se à **inexistência de experiência dos diversos actores envolvidos, numa fase inicial deste processo, designadamente, na fase de elaboração das especificidades técnicas do caderno de encargos** e, posteriormente, na fase de negociação, aliada à alta complexidade de que se reveste a colocação em concurso, para a contratação pública, a longo prazo, da prestação de serviços de saúde, no sector público, sob um tipo de gestão privada”.

Independentemente das soluções finalmente encontradas pelas partes, a verdade é que o excessivo detalhe dos cadernos de encargos



também acarreta, para os privados, nas suas palavras:

“a necessidade de prazos de preparação e elaboração de propostas dilatado e necessidade de pedidos de dilação de prazos”

Para o Estado (e consultores) aquele excessivo detalhe implicou necessariamente o dispêndio de tempo com a avaliação de aspectos, não essenciais numa contratação em PPP.

### 7.15. A carga burocrática

O desenho dos procedimentos implicou a existência de uma primeira fase de qualificação dos concorrentes em cada um dos concursos, o que motivou que os mesmos concorrentes tivessem necessariamente que apresentar, repetidamente, os mesmos documentos em todos eles. **Um dos concorrentes** refere até que o respectivo agrupamento, ao longo dos diversos concursos, **efectuou a entrega de cerca de 300 relatórios e contas anuais à EMPS.**

Chama-se a atenção para o facto de um dos aspectos positivos da preparação do programa de PPP da Saúde ter sido, precisamente um contacto, desde início, da EMPS, com os diversos intervenientes do sector, até mesmo antes do lançamento de qualquer dos concursos.

**Assim, antes do lançamento do primeiro concurso, estavam identificados os principais promotores que viriam a constituir os agrupamentos concorrentes.**

**De facto, verificou-se, nos diversos concursos, uma constância relativamente à participação dos diversos agrupamentos, os quais foram repetidamente sujeitos a uma fase de qualificação.**

Como vem referir a maioria dos participantes dos agrupamentos concorrentes, contactados pelo TC, a existência de uma fase de pré-qualificação global, evitaria que “em cada concurso, se estivesse permanentemente a avaliar (...) requisitos para cada concorrente, que afinal se acabam por repetir”.

Outra questão que surge associada a uma carga de trabalho desnecessária é a forma como surgem, no processo de concurso, as diversas exigências que têm sido efectuadas aos concorrentes.

Um exemplo de um destes aspectos é referido pela própria EMPS:

“Os cadernos de encargos dos concursos da 1ª vaga têm tido um **grau de exigência muito elevado**, sobretudo ao nível dos estudos e projectos respeitantes ao edifício hospitalar **logo na fase de apresentação de propostas**. Este facto **para além de se traduzir num aumento de custos** na elaboração de propostas **para o sector privado, acarreta também para a entidade pública um aumento de custos e prazos na sua avaliação.**”

### 7.16. O papel das comissões de avaliação de propostas

As fases de avaliação de propostas, e consequentemente a acção das Comissões de Avaliação de Propostas surgem na opinião da maioria das entidades públicas e privadas, ouvidas pelo TC, como as principais causadoras dos atrasos verificados.

Efectivamente, os relatórios de acompanhamento da EMPS referem, reiteradamente, a necessidade de dar atenção à actuação destas comissões, salientando a **incerteza quanto à calendarização dos respectivos trabalhos e a mera ausência de reuniões ou a sua insuficiência.**

Os mesmos relatórios são peremptórios na atribuição das responsabilidades primárias da derrapagem dos prazos a estas Comissões, embora de forma não exclusiva.

Porém, nas respostas ao questionário lançado pelo TC, bem como nas análises documentais efectuadas, encontram-se como explicação da derrapagem, nas fases de intervenção das CAP, diversos factores em concorrência, como **o exercício em acumulação de funções dos membros das CAP, fragilidades no conhecimento do sector da saúde, bem como a falta de condução dos processos numa óptica de gestão de projecto. Este último aspecto apresenta-se também importante também para uma mais eficiente gestão do recurso aos consultores.**



Efectivamente, é necessário recordar que devido às funções exercidas é no âmbito da actuação destas comissões que convergem, como dificuldades de carácter prático, a maioria das fragilidades dos processos de concurso, apontadas ao longo deste relatório.

Desde logo, a acção destas comissões tem sido bastante limitada à aprovação dos trabalhos desenvolvidos pelos consultores externos, em todas as fases dos procedimentos em que estiveram envolvidos, mesmo quando se tratava de efectuar a análise das alegações dos concorrentes.

Ora, o que em situação normal poderia efectivamente ser uma vantagem para a actuação destas Comissões passou, antes, a constituir um obstáculo, na medida em que o trabalho dos consultores estaria ancorado a deficiências que vinham desde a própria concepção das peças concursais, ou a insuficiências de informação de base, recolhida junto dos próprios serviços do Ministério da Saúde<sup>68</sup>, não existindo, assim, posteriormente, segurança relativamente a factores importantes como por exemplo os factores de avaliação, fosse porque estes não estavam suficientemente especificados, ou porque não era absolutamente claro o respectivo racional de valoração.

Estes últimos aspectos, foram, aliás, em tempo largamente feitos notar ao Estado pelos concorrentes<sup>69</sup> e podem ser vistos como caracterizadores de concursos que pecaram pela falta de comparabilidade das propostas e pela dificuldade de refazer a respectiva avaliação<sup>70</sup>.

Existem, por outro lado, fortes indícios da ausência de avaliação, pelo Estado, da exequibilidade das propostas apresentadas pelos concorrentes. Assim, estas propostas apresentaram entre si, uma invulgar amplitude de variação, no que respeitava, exactamente, às mesmas vertentes de gestão. Esta é também uma questão que sublinha a falta de capacidade para o próprio controlo dos trabalhos de avaliação de propostas, sendo estes feitos substancialmente com base no trabalho dos consultores.

Por sua vez, também a própria distinção entre o que deveria ou não ser objecto de negociação, nem sempre esteve suficientemente sedimentada como o demonstra o caso do concurso relativo ao Hospital de Cascais.

A este último propósito refira-se a incidência no processo de negociação das discussões sobre a definição e implementação do sistema de controlo e monitorização das PPP, sobre a qual a EMPS refere que:

“Este é um aspecto de grande relevância nos concursos de parcerias em saúde na vertente hospitalar. Beneficiando da experiência recolhida no caso do concurso de Cascais onde este assunto mereceu uma grande análise, é expectável que em concursos seguintes este seja um factor que não exija um processo demorado de avaliação e negociação.”

Ou seja, existiram diversos **factores objectivamente concorrentes para o enviesamento das diversas fases concursais** e relacionadas com a acção das CAP.

Dá-se, assim, substância à resposta mais genérica da EMPS, sobre a actuação das CAP:

“As dificuldades apontadas (...), nomeadamente, a elevada complexidade do objecto concursal, o número elevado de concursos a decorrer em simultâneo, a falta de conhecimento acumulado num procedimento concursal completo e a escassez de recursos especializados nas várias valências do programa de parcerias em saúde perturbam o funcionamento das várias comissões que são criadas no âmbito de cada procedimento concursal. Assim sendo, a avaliação do funcionamento destas comissões e o seu grau de desempenho em cada procedimento concursal encontra-se naturalmente prejudicada.”

A verdade é que é nas fases nas quais estas comissões intervêm que existem mais críticas dos concorrentes relativamente aos dilatados prazos a que foram sujeitos. **Crítica, esta, que se verifica ser fundamentada.**

<sup>68</sup> E assumidas pelos mesmos. De facto, pode residir, também aqui, alguma da explicação da crítica existente, à qualidade dos *outputs* dos consultores e ainda que, de facto, alguma da informação por estes, finalmente, produzida e que foi analisada pelo TC, fosse de alcance limitado

<sup>69</sup> Conforme correspondência analisada

<sup>70</sup> Sobretudo Loures, embora se refira também o caso de Cascais





## 7.17. Os vícios procedimentais

O lançamento das Parcerias na área da Saúde impôs a criação de um conjunto de medidas legislativas e regulamentares, no sentido de formar um quadro jurídico apropriado que enquadrasse os aspectos procedimentais prévios ao estabelecimento dos contratos que as executassem. Neste sentido, importava garantir uma actuação pública que respeitasse os princípios da legalidade, transparência, publicidade, concorrência e imparcialidade, entre outros, de forma a criar um sistema competitivo e saudável.

Era assim de todo importante precaver os vícios que desvirtuassem o normal funcionamento desse sistema, que para além de porem em causa a satisfação do interesse público, também contribuiriam para os atrasos que se repercutissem no processo concursal. No entanto, contrariamente ao que seria desejável, veio a constatar-se que em dois dos Hospitais PPP da 1.ª vaga não foi possível evitar tais vicissitudes.

### ❖ O caso Hospital de Loures

Em 2 de Dezembro de 2003 através do Despacho Conjunto n.º 133/2004 da Ministra de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde<sup>71</sup> foi lançado o concurso público internacional para o novo Hospital de Loures.

Ao supramencionado concurso apresentaram-se quatro concorrentes a saber:

Concorrente n.º 1	CGH – Construção, Gestão de Hospitais
Concorrente n.º 2	Consis Loures – Consórcio internacional de Saúde
Concorrente n.º 3	Hospitais Privados de Portugal/Teixeira Duarte
Concorrente n.º 4	Escala Loures

As propostas dos concorrentes qualificados passaram à fase da selecção, concluindo-se com a hierarquização das mesmas, segundo os critérios de selecção e ponderação.

Em **24 de Janeiro de 2005**, a CAP produziu um relatório, que adjectivou de **“mero projecto de relatório final de avaliação”** assinalando, um conjunto de situações que se saldavam na incorrecta aplicação de dois dos critérios de selecção e ponderação, mais concretamente, no que respeita ao VAL esperado dos pagamentos a

realizar pelo Estado ao abrigo do contrato de gestão e à solidez da estrutura empresarial, contratual e financeira. Tais aspectos, portanto, implicavam inconsistências das propostas, contrárias aos pressupostos imperativos do caderno de encargos.

Dado o conjunto de erros e de deficiências, que se encontravam no âmbito de aplicação dos correspondentes critérios de selecção, a comissão decidiu sujeitar o supramencionado relatório a audiência prévia, para que os concorrentes pudessem conhecer e pronunciar-se sobre as questões ali identificadas.

Recolhidas e analisadas as respostas dos concorrentes, a CAP elaborou, em **14 de Junho de 2005**, um **segundo relatório denominado “Relatório final de avaliação de propostas após audiência prévia”** no qual chega à conclusão que **as informações prestadas pelos concorrentes em nada vieram contribuir para sanar as inconsistências e erros detectados**. Sublinhe-se, que pelo contrário aqueles esclarecimentos vieram antes contribuir **para um cenário de maior incomparabilidade**.

Face ao exposto, a CAP chegou, mais uma vez, à conclusão que as propostas estavam desconformes ao caderno de encargos e que tinham inconsistências que afectavam a aplicação dos critérios de avaliação, **não permitindo efectuar a escolha dos dois concorrentes que deviam passar à fase de negociação**. **Mais, esta entidade veio mesmo considerar que a situação supracitada punha em causa o interesse público** subjacente a uma parceria público-privada, pois o mesmo pressupunha a obtenção de uma boa proposta para a Administração Pública, bem como não só um processo que conduzisse a essa opção, como também reflectisse a melhor escolha.

**Sendo assim, a CAP decidiu, propor aos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde a declaração de inaceitabilidade das propostas com fundamento na verificação de desconformidades ao caderno de encargos, que afectaram irremediavelmente a sua comparabilidade.**

Nesta sequência, e considerando que os pressupostos que determinaram o lançamento da parceria público-privada do hospital de Loures se mantinham, a CAP admitiu, ainda naquele relatório, como hipóteses as seguintes soluções: **o início de um procedimento totalmente novo ou a abertura de um procedimento restrito aos**

<sup>71</sup> Publicado no DR de 10 de Março de 2004

**concorrentes qualificados no procedimento entretanto extinto.**

Sublinhe-se que o relatório em apreço foi também objecto de audiência prévia, por conter um projecto de decisão final, com um sentido diferente do anterior, bem como por englobar novos elementos e argumentos de análise, que careciam de uma apreciação por parte dos concorrentes.

Assim, após as alegações dos concorrentes foi elaborado um **terceiro e último relatório**, datado de **5 de Setembro de 2005**, tendo por destinatários os Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde. Neste relatório foram elencadas as desconformidades, ou seja o desvio ou desrespeito dos pressupostos imperativos do caderno de encargos, bem como os casos de falta de coerência entre os vários elementos em que se decompunham as propostas.

Assim, os erros detectados nas propostas foram considerados, na generalidade, como violações ao caderno de encargos. Especificamente, nos casos em que os mesmos ocorreram devido a lapsos nos documentos concursais, estes foram indicados em sede de esclarecimentos.

No seguimento, importa também referir que o último relatório integrava a já aludida proposta da CAP, sobre a qual a Tutela teria que emitir uma decisão, para a prossecução de um procedimento relativo ao Hospital de Loures.

Sobre aquela matéria, e, por solicitação do então Ministro da Saúde, foi elaborado o Parecer da Procuradoria - Geral da República n.º 98/2005, publicado no Diário da República II Série, de 17 de Março, no qual é explanada toda a matéria aduzida anteriormente e no qual se enforma legalmente a questão colocada pela CAP, concluindo-se que:

**“Não tem fundamento legal a sugestão, apresentada pela comissão de avaliação das propostas, de abertura de um novo procedimento restrito, com dispensa de publicação de novos anúncios, e no qual seriam convidados a participar apenas os concorrentes qualificados no procedimento dado por extinto com a declaração de**

**inaceitabilidade das propostas e na sequência deste.”**

De facto, foi encetado um novo procedimento seguindo os trâmites legais, cujas fases se resumem no quadro seguinte:

Fases	Legislação	Entidades
Constituição da comissão de acompanhamento do Projecto para o Novo Hospital de Loures.	Despacho conjunto n.º 392/2006, publicado no Diário da República 2.ª Série de 12 de Maio.	
Lançamento do procedimento prévio para a celebração de uma parceria público - privada relativa à construção e gestão do novo hospital de Loures incluindo o programa do procedimento e o caderno de encargos.	Despacho n.º 2025/2007, publicado no Diário da República 2.ª série de 8 de Fevereiro.	Ministro de Estado e das Finanças e Ministro da Saúde.
Nomeação da Comissão da Avaliação das Propostas.	Despacho 6857/2007, publicado no diário da República 2.ª Série de 11 de Abril.	

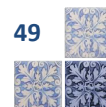
Ou seja, o processo de contratação relativo ao Hospital de Loures não foi bem sucedido, desde início, por via de não ocorrer um entendimento convergente das condições de contratação, entre o Estado e os concorrentes. Acresce que da parte dos concorrentes privados, ocorreram entendimentos também diversos. Tal situação confirma, portanto, o que se disse já no presente relatório, em ponto próprio, sobre a falta de clareza das peças concursais.

A consequentemente extinção do primeiro concurso provocou, naturalmente, um deslizamento de prazos com reflexos na derrapagem do Programa de Parcerias da Saúde.

Desde logo, está em causa o tempo que medeia entre a autorização ministerial para o lançamento do primeiro concurso, cujo despacho foi publicado a 10 de Março de 2004 e o lançamento do segundo concurso relativo ao mesmo hospital, o qual ocorreu em 8 de Fevereiro de 2007, ou seja quase 3 anos depois.

❖ **O caso Hospital de Cascais**

Ao contrato de gestão celebrado em 22 de Fevereiro de 2008, entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, (ARSLVT), na qualidade de representante do Estado Português,



e as empresas “HPP Saúde – Parcerias Cascais, SA” e TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar, SA” tendo por objecto a “Realização das prestações de saúde do Hospital de Cascais, integrado no SNS, compreendo as actividades de gestão dos edifícios hospitalares actuais e do novo edifício hospitalar” foi recusado o Visto do Tribunal de Contas em 15 de Julho, do mesmo ano.

Na génese daquela recusa, alega-se no acórdão do TC que, na fase de negociação com um só concorrente, foi distorcido o mecanismo de aperfeiçoamento e melhoramento das propostas por se ter verificado um conjunto de alterações a elementos essenciais do negócio jurídico, com impacto negativo no Value for Money do contrato para o Estado, alterações essas que, portanto, não se circunscreveram a meros ajustamentos de forma.

Assim importa mencionar que as mudanças levadas a cabo, na fase final de negociação, envolvendo um único concorrente foram:

- Alterações do perfil assistencial (HIV);
- Eliminação do hospital de dia médico em oncologia;
- Alteração da arquitectura do sistema de monitorização de desempenho;
- Eliminada a partilha de receitas com o Estado;
- Redução das exigências previstas quanto aos níveis de desempenho relativos à disponibilidade;
- Eliminada a realização de inquéritos sobre a satisfação dos utentes por áreas (sendo que esta matéria não foi objecto de negociação competitiva);
- Alteração dos fundamentos relativos à rescisão unilateral do contrato (sendo que esta matéria não foi objecto de negociação competitiva);
- Alteração da matriz de risco (incertezas de variação de mercado);
- Dispensa de pagamento de multas (alteração não prevista no CE).

Estas alterações para além de terem consubstanciado desrespeito pelos requisitos do CE, violaram princípios fundamentais que pautam a contratação pública, consagrados em normativos legais (CRP, Direito Comunitário, CPA e Decreto – Lei n.º 197/99, de 8 de Junho), bem como o próprio diploma que regula o procedimento para a contratação em PPP

(Decreto Regulamentar n.º10/2003, de 28 de Abri).

Justificada a recusa de visto, importa, desde já, reflectir sobre as eventuais repercussões daquele acto no decorrer do processo concursal do Hospital de Cascais, já de si bastante demorado, uma vez que, conforme já foi mencionado, da data da publicação do anúncio do concurso que reporta a 30 de Agosto de 2004, até à assinatura do contrato, que ocorreu em 22 de Fevereiro de 2008, passaram nada mais, nada menos, que três ano e meio.

A recusa de Visto ocorreu em 15 de Julho de 2008 e logo, em 17 de Julho, os Ministérios da Saúde e das Finanças proferiram um comunicado no qual se comprometeram a procurar integrar as preocupações manifestadas pelo TC, “(...) nomeadamente, que a matriz de risco prevista no Caderno de Encargos [fosse] satisfeita.”

Nessa sequência, em 4 de Julho de 2008 a ARSLVT recorreu do Acórdão do Tribunal de Contas, sendo que em 3 de Setembro de 2008 foi publicado no DR, 2.ª Série o Despacho n.º22617/2008, do Ministro de Estado e das Finanças e da Ministra da Saúde, que determinou a “abertura de um procedimento de 2.ª grau com vista à realização dos actos instrutórios necessários à reforma do acto de adjudicação e à celebração do contrato que adequue as situações jurídicas da parceria público-privada relativa ao Hospital de Cascais com os fundamentos do Tribunal de Contas”.

Para levar a efeito tal objectivo, foi nomeada uma comissão, tendo em vista a resolução das questões suscitadas pelo TC, devendo para tal realizar a negociação com o concorrente seleccionado.

A referida comissão, em 10 de Setembro de 2008, apresentou um relatório fundamentado com a proposta de reformulação do contrato. Neste seguimento o novo contrato foi assinado a 8 de Outubro de 2008<sup>72</sup>.

<sup>72</sup> Já após o período em que decorreram os trabalhos de auditoria, o TC viria a conceder o Visto ao mesmo contrato, o que sucedeu em Novembro de 2008





## 8. MEDIDAS DE GESTÃO CORRECTIVAS

A partir do segundo semestre de 2005 foram delineadas uma série de alterações nas estruturas de apoio aos processos concursais cujo teor se descreve:

- As CAP passaram a ter um Presidente independente proposto pelo Ministro da Saúde e a integrar também como vogais, representantes da DGS e da DGIES. No entanto, as ARS continuavam afastadas das CAP, apesar de futuramente virem a assumir a posição de entidade pública contratante na gestão dos contratos de parceria.
- A coordenação da CA para o novo hospital de Loures foi atribuída ao Presidente do IGIF, em Abril de 2006, que para além de ter sido coadjuvado por um adjunto do Encarregado de Missão e por dois representantes do Ministério das Finanças, também foi apoiado por um representante da DGS;
- A DGIES, por solicitação do Presidente das CAP para os concursos da 1.ª vaga de Hospitais de Parcerias da Saúde, passou a coordenar directamente os consultores da área de infra-estruturas.

A EMPS refere ter definido, mais recentemente, em 2007, outras medidas, as quais passaram por:

- Reforço da intervenção no Programa das Parcerias da Saúde dos organismos da Administração Central e Regional;
- Nomeação, por parte das ARS's Norte e LVT de grupos de trabalhos de acompanhamento dos processos de parceria na sua região;
- Integração de um elemento do Conselho Directivo da ARSLVT na CAP do Hospital de Loures;
- Alteração da composição das CAP dos Hospitais de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira para integração de um elemento do Conselho Directivo das respectivas ARS.

Importa referir, no entanto, que, segundo a EMPS, grande parte destas alterações ocorreram, nomeadamente, como consequência da conclusão de que o envolvimento dos vários organismos da Saúde deveria, já antes, ter sido efectuado o mais cedo possível. Assim assume como aspecto de destacar, a promoção da intervenção directa das Administrações Regionais de Saúde, desde o início do processo concursal, uma vez que estas entidades revestiriam a qualidade de Entidades Públicas Contratantes, responsáveis, portanto, pela gestão dos contratos de PPP.

Para além das citadas medidas, a Estrutura de Missão Parcerias Saúde, referiu que a partir de 2007, empreendeu a simplificação das exigências do cadernos de encargos, pela alteração do grau de detalhe dos projectos do edifício, em fase de apresentação de propostas, nomeadamente ao nível das instalações especiais (mecânicas, eléctricas, águas e esgotos, fundações e estruturas entre outras).

É também referido, pela EMPS, um aumento do controlo dos processos, por parte dos organismos da Administração Central, de forma a garantir que fossem cumpridos a política e os normativos do Ministério da Saúde.

No campo dos recursos, sublinha-se o reforço do quadro técnico da EMPS, no sentido de conferir, àquela entidade, maior poder de actuação para intervir e controlar os respectivos procedimentos, bem como a contratação de novas firmas de consultadoria, sobretudo para os procedimentos da segunda vaga, de forma a reforçar e diversificar a capacidade de resposta, em especial para os novos concursos.

A maior alteração veio, no entanto, a ter incidência exclusiva nos concursos de segunda Vaga de PPP/Saúde, ou seja, o desenvolvimento de um novo modelo concursal, a aplicar especificamente aos novos concursos, sem a componente de gestão clínica e que, segundo foi referido ao TC, tem como objectivo assegurar uma maior eficácia e economia de procedimentos, simplificando processos, reduzindo os prazos globais e os elevados custos de transacção para os concorrentes e para o Estado. Neste âmbito, é também referido o desenvolvimento de um novo modelo de avaliação de propostas.







### III RECOMENDAÇÃO FINAL, DESTINATÁRIOS, PUBLICIDADE E EMOLUMENTOS

#### 9. RECOMENDAÇÃO FINAL

Tendo em atenção o conteúdo do presente relatório, as suas conclusões e as respectivas Recomendações, o TC entende instruir, em especial, quer o Governo, através do Ministro da Saúde, quer a Estrutura de Missão Parcerias Saúde para lhe transmitirem, por escrito e no prazo de seis meses, as medidas adoptadas e seu estado de desenvolvimento, acompanhadas dos competentes comprovativos, tendentes a dar seguimento às Recomendações neste Relatório formuladas pelo Tribunal. Existindo Recomendações não implementadas, no final daquele mesmo prazo, deve o Governo ou quem este determinar, e, bem assim, a Estrutura de Missão Parcerias Saúde explicar detalhadamente e por escrito ao Tribunal, as razões que a isso conduziram.

#### 10. DESTINATÁRIOS

Do presente relatório serão enviados exemplares às seguintes entidades:

- À Presidência da República;
- À Assembleia da República e mais concretamente:
  - Ao seu Presidente;
  - Comissão de Orçamento e Finanças;
  - Líderes dos Grupos Parlamentares.
- Ao Governo e especificamente, aos:
  - Primeiro Ministro;
  - Ministro Estado e das Finanças;
  - Ministro da Saúde.

- À estrutura de Missão Parcerias Saúde
- Aos seguintes Órgãos de Inspeção Sectoriais:
  - Inspeção-Geral de Finanças;
  - Inspeção Geral das Actividades em Saúde.
- Ao Controlador Financeiro do Ministério da Saúde.
- Ao Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde.
- À Direcção-Geral de Saúde.
- À Administração Central do Sistema de Saúde.
- Às Administrações Regionais de Saúde, mais concretamente:
  - Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
  - Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.;
  - Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
  - Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.;
  - Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P..
- Ao Conselho de Administração da Parpública, S.A..
- Aos Especialistas consultados.
- Aos Conselhos de Administração das seguintes entidades privadas:
  - Espírito de Santo Saúde – SGPS, S.A.;
  - Grupo Português de Saúde, S.A.;
  - HPP – Hospitais Privados de Portugal, S.A.;
  - José de Mello Saúde, S.G.P.S., S.A..



- Nos termos e para os efeitos previstos na Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com a redacção que lhe foi dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, ao representante do Procurador-Geral da República junto do TC.

## 11. PUBLICIDADE

O presente Relatório, após ter sido remetido às entidades atrás discriminadas, deve, em tempo oportuno e pelos competentes serviços do Tribunal, ser:

- Posto à disposição dos meios de comunicação social;
- Inserido no sítio da Internet do TC.

Tudo acompanhado, na íntegra, das respostas enviadas na sequência do exercício do contraditório, que fazem parte integrante do presente Relatório.

## 12. EMOLUMENTOS

Nos termos do disposto nos art.ºs 1.º, 10.º, n.º 2, e 11.º, n.º 1, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio<sup>73</sup> e, de acordo com os cálculos feitos pelos serviços de Apoio Técnico do Tribunal de Contas, pela Estrutura de Missão Parcerias Saúde, são devidos emolumentos no montante de 1.716,40€ (mil setecentos e dezasseis euros e quarenta cêntimos).

.

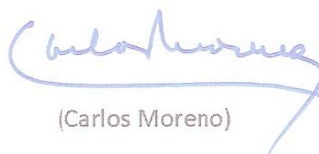
---

<sup>73</sup> Com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto e 3-B/2000, de 4 de Abril



Tribunal de Contas, em 30 de Abril de 2009

O Conselheiro Relator

  
(Carlos Moreno)

Os Conselheiros Adjuntos

  
(Manuel Henrique de Freitas Pereira)

  
(Raul Jorge Correia Esteves)

Fui Presente  
O Procurador-Geral Adjunto

  
(Antonio Cluny)







## IV ANEXOS

1. Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Encarregado de Missão Parcerias Saúde;
2. Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Presidente do CD da ARSLVT;
3. Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Presidente do CA da Parpública;
4. Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Inspector-geral de Finanças;
5. Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Inspector-geral das Actividades em Saúde;
6. Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Presidente do CD da Entidade Reguladora da Saúde;
7. Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Presidente do CA da HPP – Hospitais Privados de Portugal;

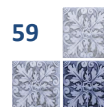








1. *Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Encarregado de Missão Parcerias Saúde*







MINISTÉRIO DA SAÚDE



EMPS 0103 04 02º09

*À equipa para análise  
e consideração no projecto  
de relatório do ICS  
pertinente*

*S. 2.09*

Exmo. Senhor  
Juiz Carlos Moreno  
Juiz Responsável pela Área de Controlo do  
SPE  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069 – 045 Lisboa

Sua referência

Sua comunicação de:

Proc. n.º

Nossa referência:

**Assunto:** Auditoria ao Programa de Parcerias Público-Pivadas da Saúde (1.ª vaga de hospitais)

Meritíssimo Juiz,

A prorrogação de prazo que nos foi concedida para nos pronunciarmos, pelo que desejamos expressar os nossos agradecimentos, permitiu que déssemos oportunidade a pessoas e entidades que assumiram papel nuclear no arranque do Programa de Parcerias em Saúde, nomeadamente o anterior Encarregado de Missão, Dr. Jorge Abreu Simões, o Banco BPI, S.A. e a Sociedade de Advogados Barrocas Sarmiento Neves. Para este efeito foi-lhes remetida cópia do relato de auditoria em epígrafe. Para que as críticas contidas no relato em questão pudessem ser tidas em consideração, sempre que aplicável, nos concursos a decorrer foi também remetida cópia do relato ao Presidente das Comissões de Avaliação de Propostas dos procedimentos relativos aos hospitais de Braga, Vila Franca de Xira e Loures, tendo-lhe também sido solicitados os seus comentários.

Até à presente apenas recebemos respostas do Banco BPI, S.A. e da Sociedade de Advogados Barrocas Sarmiento Neves. Cópias dessas respostas são remetidas em anexo.

1

Avenida Álvares Cabral, 25-1º, 1250-015 Lisboa, Portugal - Tel: 213880480/9; Fax: 213880481

e-mail: [parcerias.saude@parcerias-saude.min-saude.pt](mailto:parcerias.saude@parcerias-saude.min-saude.pt) 02467



MINISTÉRIO DA SAÚDE



A análise atenta do relato de auditoria pela Estrutura de Missão suscitou alguns comentários que submetemos à Vossa consideração.

Com os melhores cumprimentos,

O Encarregado de Missão

  
(João Wemans)

Anexo: O referido.

2

---

Avenida Álvares Cabral, 25-1º, 1250-015 Lisboa, Portugal - Tel: 213880480/9; Fax: 213880481  
e-mail: [parcerias.saude@parcerias-saude.min-saude.pt](mailto:parcerias.saude@parcerias-saude.min-saude.pt)



MINISTÉRIO DA SAÚDE



**Auditoria temática do Tribunal de Contas relativa à Gestão do Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde (1ª vaga de hospitais)**

**Comentários ao relato de auditoria**

Analisado o relato da auditoria temática ao Programa de Parcerias Público-Privadas da Saúde (1ª vaga) vem a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde (EMPS) submeter à apreciação do Tribunal de Contas os seguintes comentários e informação complementar no exercício do contraditório.

1. **“Cerca de sete anos depois da criação da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde e cinco anos após ter sido lançado o primeiro concurso, o programa de PPP do Sector da Saúde ainda não havia dado origem, definitivamente, a qualquer processo de contratação completo, pondo em causa a credibilidade daquele Programa.”** (Ponto 2.1. Conclusões gerais, página 7).

A afirmação do relato de auditoria não se afigura rigorosa em termos dos contratos celebrados e em relação à credibilidade do Programa.

Os contratos de PPP relativos ao Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS) e ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS) foram assinados, respectivamente a 25 de Maio e 21 de Junho de 2006, tendo entrado em funcionamento, também respectivamente, a 25 e a 6 de Abril de 2007.

O CMFRS pode ser considerado como uma unidade da rede hospitalar ainda que especializada. De facto nesta unidade são prestados cuidados de saúde, nomeadamente realizados internamentos, consultas externas e tratamento de utentes. O contrato do CMFRS abrangeu, do ponto de vista das instalações, a conclusão de parte das obras de construção e o equipamento da unidade.

A preparação, lançamento dos concursos, avaliação de propostas e negociação dos contratos de PPP decorreram entre 2004 e 2006 com utilização dos recursos da EMPS e do Ministério, beneficiando do trabalho de desenvolvimento deste tipo de procedimento efectuado pela EMPS.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Assim, em nosso entender, a referência à conclusão destes dois contratos é necessária para uma avaliação da actividade desenvolvida no quadro do Programa e mais especificamente na 1ª vaga de concursos.

2. **“Quer isto dizer que o Estado decidiu alterar o modelo de PPP que inicialmente havia definido, mesmo antes de estar testado em concreto, uma vez que quando procedeu à sua alteração não havia nenhum contrato em execução.”** (Ponto 2.1. Conclusões gerais, página 9)

O contrato do CMFRS estava em execução desde a sua assinatura e em funcionamento há cerca de 10 meses. O contrato do CASNS também se encontrava em execução ainda que a natureza do serviço não fosse de prestação de cuidados de saúde no seu sentido mais comum e tradicional. Por outro lado, sendo a decisão sobre o modelo de PPP (no sentido da definição do seu âmbito ou abrangência do contrato) de natureza essencialmente política, a alteração do modelo não teria que resultar necessariamente da avaliação dos resultados obtidos com o modelo inicial.

3. **“No essencial, pode concluir-se que nenhum dos objectivos de contratação inicialmente definidos foi, até agora, atingido, o que conduz neste domínio a um grau zero de eficácia, por parte do Estado.”** (Ponto 2.1. Conclusões gerais, página 9)

Sendo factual e formalmente correcta a afirmação tendo como referência os objectivos inicialmente definidos, dado que o balanço é efectuado até à data de 16 de Outubro de 2008, em nosso entender, parece-nos que a referência não deveriam ser os objectivos inicialmente definidos mas sim os definidos, o que levaria a ter em consideração os contratos do CASNS e do CMFRS (confrontar com comentário 1. acima).

4. **“Até ao final dos trabalhos de auditoria, ou seja Outubro de 2008, o único concurso efectivamente findo, no caso o primeiro concurso do Hospital de Loures, foi-o pela via anómala da respectiva extinção.”** (2.2.6. Um concurso extinto e reeditado, página 15)

A afirmação não tem em consideração os contratos concluídos para o CASNS e o CMFRS.

A extinção do concurso deveu-se, como foi reconhecido pela Procuradoria-Geral da





MINISTÉRIO DA SAÚDE



República, à inaceitabilidade das propostas. A Administração agiu de acordo com o princípio da legalidade e evitou uma situação mais gravosa que surgiria, seguramente, com o prosseguimento do procedimento concursal.

**5. “Este facto, implicou desde logo, na fase de apresentação de propostas, que os concorrentes apresentassem projectos muito detalhados e, portanto, motivou custos de elaboração elevados para os privados e um aumento da exigência de análise para o Estado.” (2.2.14 A rigidez de caderno de encargos, página 19).**

A Comissão de Acompanhamento de preparação do lançamento do segundo concurso do Hospital de Loures aceitou (em 2006) as propostas da ex-DGIES de simplificação de informação a ser exigida aos concorrentes em fase de proposta e de que a decisão de adjudicação e a assinatura do contrato se realizassem com o projecto de construção numa fase anterior à de projecto de execução. Ou seja, neste concurso lançado em Março de 2007, a aprovação do projecto de execução ocorrerá depois da assinatura do contrato. Em nosso entender esta alteração é muito relevante e mereceria ser reflectida no relato, na medida em que corresponde às preocupações referidas pelo Tribunal de Contas.

**6. “Esta característica do desenho dos procedimentos, veio, comparativamente a outros sectores, estabelecer um maior âmbito e complexidade do processo negocial, contribuindo para uma duração mais longa dos concursos.” (2.2.16 O impacto da aprovação dos projectos de construção na fase de negociação final, página 20).**

Factualmente verifica-se que a última sessão de negociação ocorreu sempre claramente mais de um mês após a aprovação do projecto de execução (concurso para o Hospital de Cascais – aprovação do projecto a 21 de Novembro de 2007/última sessão negocial a 17 de Janeiro de 2008; Hospital de Braga – aprovação do projecto a 21 de Outubro de 2008/última sessão negocial a 5 de Dezembro de 2008). Ou seja, a aprovação do projecto de execução não esieve de facto no caminho crítico para a conclusão das negociações.

Este facto não altera que seja considerado inadequado que o projecto de execução tenha que ser aprovado antes da assinatura do contrato conforme fundamento da



MINISTÉRIO DA SAÚDE



proposta e decisão de abandonar esta exigência a partir do segundo concurso do Hospital de Loures.

7. **“Decorridos 7 anos e meio, após a criação da EMPS, e quase 5 anos, após o lançamento do primeiro concurso, ainda não foi testado o modelo inicial de PPP para a saúde e, este, por decisão Ministerial, será descontinuado, uma vez que se deverá circunscrever aos concursos da primeira vaga já entretanto lançados.”** (2.2.17 A falta de coerência estratégica do Estado, página 21).

O contrato do CMFRS permite testar alguns dos aspectos do modelo inicial. O modelo da primeira vaga será comparado com o desenvolvido para a segunda quando ambos os modelos estiverem em execução prática por tempo suficiente para se poderem retirar conclusões sobre as vantagens e desvantagens da sua aplicação.

Não nos parece ser de excluir que se venham a identificar algumas vantagens no modelo da primeira vaga que possam vir a ser úteis para o desenvolvimento futuro do Programa.

8. **“Paralelamente (e, aparentemente como solução de recurso), foram mantidos a decorrer concursos no quadro de um modelo que só agora, o próprio Estado classificou como ineficiente.”** (2.2.17 A falta de coerência estratégica do Estado, página 21).

A ineficiência identificada foi sendo reduzida, nomeadamente através das alterações introduzidas no segundo concurso para o Hospital de Loures, considerando-se que o potencial de melhoramento dos processos estava ainda longe de estar esgotado.

A maioria dos melhoramentos introduzidos na estrutura dos documentos de concurso de 2ª vaga poderia ter sido introduzida também na 1ª vaga se em 2007 ainda fossem lançados concursos nesse modelo.

Quanto aos processos e metodologias de trabalho, foram introduzidas alterações significativas a partir de 2007.

A EMPS considera que as conclusões da Auditoria Temática do Tribunal de Contas se revelam úteis para os concursos da 2.ª Vaga de Hospitais.

Não pode, no entanto, deixar de sublinhar que em 2007, para além das medidas de





MINISTÉRIO DA SAÚDE



gestão referidas no ponto 7 foram ainda tomadas as seguintes:

- Reforço da Estrutura de Missão pelo alargamento do gabinete técnico de um técnico superior para cinco;
- Preparação e lançamento (em 2007 e 2008) de concursos internacionais para a prestação de serviços de consultoria através de um modelo que favorece a diversificação de consultores e a introdução de competitividade entre estes;
- Desenvolver um modelo de concurso de parceria-público privada com os seguintes objectivos:
  - Redução muito significativa dos elevados custos de transacção para o mercado e para o Estado verificados nos concursos da primeira vaga;
  - Simplificação dos procedimentos e potenciação de decisões mais rápidas da Administração tendo por objectivo que o período que decorre entre o lançamento e a adjudicação se situasse na ordem dos 18 meses;
  - Aumento da transparência dos concursos pela inclusão nos documentos de concurso de todos os critérios e subcritérios de avaliação, respectiva ponderação e pela indicação dos referenciais fixos em relação aos quais as candidaturas e as propostas iriam ser avaliadas;

Crê-se que todas as medidas acima referidas, resultantes da identificação interna de pontos fracos do modelo da primeira vaga e dos processos seguidos, vão ao encontro de críticas ora formuladas pelo Tribunal de Contas

4 de Fevereiro de 2009

O Encarregado de Missão

(João Wemans)







- 
2. *Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Presidente do CD da ARSLVT*







AUDITORIA: PPP – SAÚDE

**ARSLVT**Administração Regional de Saúde  
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

Ministério da Saúde

*A equipa para concurso  
n.º 14.1.09*

Exmo Senhor

Juiz Conselheiro Carlos Moreno

Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, n.º61

1069-045 LISBOA

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Proc. n.º18/2008-AUDIT	00159 7.01.09	Proc. 20/09-GJC 1113/09	14.01.08

**Assunto: Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde (1.ª vaga de Hospitais)**

Na sequência do envio por esse Tribunal do Relato da Auditoria acima referida, para efeitos do exercício do contraditório, permita-me, Senhor Conselheiro, que manifeste a relevância e atenção que, para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT), merecem todas e quaisquer observações e recomendações desse Tribunal. Em especial, dada a importância das Parcerias na Saúde e a relevância que as mesmas têm para esta ARSLVT, teremos em devida conta o Relato e as recomendações nele feitas.

Na situação em apreço, verificamos que o Relato não respeita a procedimentos imputáveis aos órgãos e serviços da ARSLVT que justifiquem o exercício do contraditório. Com efeito, conforme decorre e é apontado no Relato, no período analisado, foi muito reduzida a intervenção da ARSLVT no Programa de Parcerias Público Privadas em causa.

De qualquer forma, ficamos inteiramente ao dispor de V. Exa. para qualquer esclarecimento adicional que julgue necessário.



Com os nossos melhores cumprimentos,

De V. Ex.ª

Atentamente,

O Presidente do Conselho Directivo

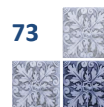
  
RUI PORTUGAL  
Presidente do Conselho Directivo  
ARSLVT, I.P.

DGTC 15 01'09 00913



AUDITORIA: PPP – SAÚDE

3. *Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Presidente do CA da Parapública*









*Moreno*

AUDITORIA: PPP – SAÚDE

PARPÚBLICA  
PARTICIPAÇÕES PÚBLICAS (SGPS) S.A.

*A equi pa para  
consideração*

Exmo. Senhor  
Juiz Conselheiro  
Dr. Carlos Moreno  
TRIBUNAL DE CONTAS  
Av. Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

*adequada*

*16.1.09*

*Moreno*

PARPÚBLICA – Participações Públicas, (SGPS), S.A. – Pessoa Colectiva nº 502 769 017. Cap. Social €2 000 000 000 (realizado €1 027 151 031 – Nº Matr. 01656 da Conservatória do Registo Comercial de Lisboa)

N/REFº

015142

Lisboa, 15 de Janeiro de 2009

**ASSUNTO: Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde (1ª vaga de Hospitais)**

Remeteu o Tribunal de Contas, para eventual pronúncia, um Relatório de Auditoria ao programa de Parcerias Público – Privadas da Saúde (1ª vaga de Hospitais).

A auditoria coligiu informação significativa e apresenta uma síntese objectiva. Não há da nossa parte nada de significativo a acrescentar.

Com os melhores cumprimentos,

*João Plácido Pires*

João Plácido Pires  
Presidente

DETC 16 01'09 01036

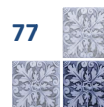
Rua Laura Alves, nº 4 – 8º, 1050-138 Lisboa  
Telefone 21 781 71 60 Fax: 21 795 05 05  
[geral@parpublica.pt](mailto:geral@parpublica.pt)  
[www.parpublica.pt](http://www.parpublica.pt)







4. *Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Inspector-geral de Finanças*







*Moreno*

AUDITORIA: PPP - SAÚDE



*A equipa para adequar ponderações.*

*15.1.09*  
*Moreno*

Exmo. Senhor  
Juiz Conselheiro Dr. Carlos Moreno  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1 069 - 045 LISBOA

180 13-1 '09

S/referência  
Of. 161 de 07JAN09

N/referência  
Proc. 2008/114/E5/378

**Assunto:** Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde (1ª vaga de Hospitais) – Projecto de relatório

A apreciação do documento supramencionado não suscita especiais comentários uma vez que, tal como observado no ponto 6.11 do projecto de relatório (Intervenção das entidades públicas), a fls. 60, esta Inspeção-Geral não desenvolveu, até ao momento, quaisquer auditorias às parcerias público - privadas (PPP), designadas de 1ª vaga, relativas aos hospitais de Cascais, Loures, Braga, Vila Franca de Xira e Sintra, dos quais apenas o primeiro iniciou, no final de 2008, a respectiva construção.

Relativamente à observação sobre o Hospital Fernando Fonseca/Amadora-Sintra (ponto 2.2.5, a fls. 14), cujo contrato de gestão não foi renovado a partir de 31 de Dezembro de 2008 e que, entretanto, foi transformado em EPE, informa-se que esta Inspeção-Geral desenvolveu uma acção de acompanhamento cujo relatório foi objecto de despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, datado de 17/03/08.

De salientar que na área das PPP da Saúde, a IGF, tem privilegiado a sua intervenção apenas quando as mesmas se encontram em fase de exploração, pronunciando-se então sobre a respectiva execução na perspectiva do controlo financeiro, na medida da capacidade inspectiva disponível e de acordo com o Plano de Actividades superiormente aprovado.

Com os melhores cumprimentos,

*José Maria Leite Martins*

O INSPECTOR-GERAL

*JLM*  
José Maria Leite Martins

IGTC 16 01'09 01034









5. *Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Inspector-geral das Actividades em Saúde*







*Moreno*



*À equipa para consideração - 16.1.09*  
*Moreno*

Protocolo

Exmº Senhor  
Dr. Carlos Moreno  
M.I. Juiz Conselheiro do  
Tribunal de Contas  
Avª Barbosa du Bocage, 61  
1069-045 Lisboa

Sua referência  
Proc. N.º 18/2007-Audit.

Sua comunicação  
N.º 00160  
07.01.2009

Processo  
5/2009-PG

Nossa referência  
G.I.G. of. n.º 3  
2009.01.14

ASSUNTO: Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde (1.ª vaga de Hospitais).

Analisado o relatório preliminar da auditoria referenciada em epígrafe, cujo envio se agradece e que mereceu a melhor atenção, a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, não têm objecções ao seu teor.

Com os melhores cumprimentos *ferna's e elevada consideração.*

O Inspector-Geral

*Fernando César Augusto*  
(Fernando César Augusto)

oc/

NTC 15 01'09 00912







AUDITORIA: PPP – SAÚDE

6. *Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Presidente do CD da Entidade Reguladora da Saúde*

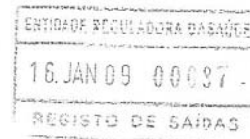






*Moreno*

AUDITORIA: PPP - SAÚDE



Venerando Juiz - Conselheiro  
Dr. Carlos Moreno  
Tribunal de Contas  
Av. Barbosa du Bocage  
1069-045 Lisboa

*A equipa para  
consideração*

*20.1.09*

*Moreno*

Sua Referência Proc. n.º 18/2008 - Audit.	Sua Comunicação 00154/de 07-01- 2009	Nossa Referência O.CD/09	Data 16/01/2009
-------------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------	--------------------

**Assunto: Relato de Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde (1.ª vaga de Hospitais)**

☆

Venerando Juiz -Conselheiro,

Agradecendo o envio do Relato em epígrafe à Entidade Reguladora da Saúde, informa-se que esta Entidade nada tem a pronunciar-se sobre o mesmo.

Apresentando a V. Exa. os protestos da mais elevada consideração,

O Presidente do Conselho Directivo

*Álvaro Almeida*

(Prof. Doutor Álvaro Almeida)

DETC 20 01'09 01269

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE  
RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 - L.32 • 4100-455 PORTO  
TEL.: 222 092 350 • FAX: 222 092 351  
www.ers.pt • geral@ers.pt









7. *Resposta remetida, em sede de contraditório, pelo Presidente do CA da HPP – Hospitais Privados de Portugal*







À equipa para  
análise e consideração  
de tudo o que pertencente  
se mostra.

19.1.09

Exmo. Senhor  
Juiz Conselheiro Carlos Moreno  
M.I. Juiz responsável pela Área de  
Controlo do SPE  
Tribunal de Contas

Ref. NC/RC – N° 02/09

Lisboa, 14 de Janeiro de 2009

**Assunto:** Auditoria temática relativa à Gestão do Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde  
V/Ref. Proc. N° 18/2008-Audit.

Exmo. Senhor Juiz Conselheiro,

Em n/poder o relatório preliminar acima referenciado cuja remessa agradecemos e que mereceu a n/melhor atenção.

Este relatório preliminar denota uma aprofundada e fundamentada análise da problemática da PPP na área da Saúde, cujas conclusões e desenvolvimento merecem na generalidade a n/concordância.

Nesta conformidade, permitimo-nos apenas fazer notar a V. Exa. os seguintes pormenores:

- (i) Constata-se a utilização da sigla EPMS em algumas passagens do relatório sem que exista a correspondente descrição na relação de siglas;
- (ii) No ponto 2.2.4 *A falta de cumprimento das metas planeadas*, refere-se, a respeito dos Concursos terminados, a recusa do visto do Tribunal de Contas como tendo ocorrido em Setembro de 2008, quando na realidade a data da recusa do visto foi 15 de Julho de 2008, como é correctamente mencionado no ponto 6.17 *Os vícios procedimentais – o caso Hospital de Cascais*;
- (iii) No ponto 2.2.14 *A rigidez dos cadernos de encargos*, menciona-se, na parte final que o “excessivo detalhe dos cadernos de encargos não só acarretou, para os privados, a necessidade de prazos, de preparação e elaboração de propostas, mais dilatados (...)”, o que na n/opinião não corresponde

BGTC 19 01 09 01110



integralmente ao verificado dado que os privados – salvo no caso do concurso de Braga e, conforme consta do relatório, no caso de Loures II – sempre cumpriram escrupulosamente os prazos fixados nos Programas de Procedimentos, em regra de 6 meses para elaboração e apresentação das suas propostas;

- (iv) No quadro constante do ponto 5.2.2 *Hospital de Cascais*, verificam-se incorrecções nas datas respeitantes à Aprovação e Lançamento – dado que o anúncio do concurso foi publicado nos jornais diários a 30 de Agosto de 2004, e à Apresentação de Propostas – a data limite foi mais exactamente 29 de Fevereiro de 2005;
- (v) No quadro constante do ponto 5.2.3 *Hospital de Braga*, verificam-se incorrecções nas datas respeitantes à Aprovação e Lançamento – dado que o anúncio do concurso foi publicado nos jornais diários a 12 de Janeiro de 2005, à Apresentação de Propostas – o período decorreu de 12 de Janeiro de 2005 a 2 de Setembro de 2005, e à Avaliação das Propostas – iniciada efectivamente a 5 de Setembro de 2005;
- (vi) No quadro constante do ponto 5.2.4 *Hospital de Vila Franca de Xira*, verificam-se incorrecções nas datas respeitantes à Apresentação de Propostas – o período decorreu de 26 de Novembro de 2005 a 5 de Junho de 2006, e à Avaliação de Propostas – efectivamente iniciada a 6 de Junho de 2006;
- (vii) No ponto 5.2.5 *Hospital de Sintra*, é feita referência ao contrato de Gestão do Hospital Amadora-Sintra como tendo sido assinado a 4 de Junho de 2004, quando esse contrato datava de 1995; a data referida respeita tão só à assinatura das alterações então negociadas ao referido e já vigente contrato de gestão do Hospital Amadora-Sintra;
- (viii) No quadro constante do ponto 5.3 *O desempenho por fase de concurso*, os prazos para Apresentação de propostas, nos concursos respeitantes a Cascais e V F Xira, foram efectivamente de 6 meses no primeiro caso, e de 6 meses e 8 dias no segundo caso, e não 5 meses como está indicado;



- (ix) No ponto 5.4.2 *Projectos contratados*, refere-se que o projecto de Cascais ainda não está contratado o que contradiz a informação constante do ponto 5.2.2, bem como o conteúdo das notas 34, 40 e 67.
- (x) Do ponto 6.2 A originalidade das fases concursais, parece inferir-se que a divisão da negociação em duas “etapas” foi apenas constatada no procedimento concursal do Hospital de Cascais, quando na realidade a referida divisão constava também dos Programas de Procedimento dos concursos para os Hospitais de Loures I, Braga e Vila Franca de Xira;
- (xi) Nos pontos 6.7 e 6.9, refere-se a opinião de CFMS, sem que exista a correspondente descrição na relação de siglas;
- (xii) No ponto 6.8 *A falta de adequados instrumentos de planeamento sectorial*, refere-se, no final, que o “encerramento da maternidade e do bloco de partos” foi uma das alterações objecto de negociação com os concorrentes, o que não tem correspondência com nas atas das sessões negociais.

Com os melhores cumprimentos,

*António Maldonado Gonelha*

António Maldonado Gonelha  
Presidente do Conselho de Administração

HPP - Hospitais Privados de Portugal, SGPS S.A. - Av. da República, 35 - 8º Andar - 1050-186 LISBOA - Capital Social e 7333.333.000 - C.R.C. de Lisboa n.º 12881 - Contribuinte n.º 506 041 989 - N.º 21 356 66 00

