



Tribunal de Contas

# Auditoria ao projecto em PPP do Novo Hospital de Cascais



**Relatório N.º 06/08 – 2.ª S**

**Processo N.º 52/06 – Audit.**



## ÍNDICE

<b>I – SUMÁRIO EXECUTIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>1 ÂMBITO DA ACÇÃO E METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Natureza e objectivos.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Metodologia .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 Audição dos Responsáveis.....</b>	<b>12</b>
<b>2 CONCLUSÕES .....</b>	<b>13</b>
<b>3 RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Ao Governo.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Aos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde/EPC: .....</b>	<b>16</b>
<b>II – RELATÓRIO .....</b>	<b>19</b>
<b>4 ANTECEDENTES DO PROJECTO .....</b>	<b>19</b>
<b>5 CUSTO GLOBAL E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO PROJECTO .....</b>	<b>19</b>
<b>6 CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO .....</b>	<b>21</b>
<b>7 VERIFICAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS E DAS CONDIÇÕES PARA O LANÇAMENTO DA PARCERIA.....</b>	<b>22</b>
<b>7.1 Inscrição no Orçamento de Estado .....</b>	<b>23</b>
<b>7.2 Autorizações e Pareceres Administrativos .....</b>	<b>24</b>
<b>7.3 Demonstração do Interesse Público do Projecto.....</b>	<b>26</b>
<b>7.4 Justificação das Vantagens da Parceria.....</b>	<b>27</b>
<b>7.5 Repartição de Responsabilidades.....</b>	<b>28</b>
<b>8 MODELO DE PPP ADOPTADO .....</b>	<b>28</b>
<b>9 PROCEDIMENTO CONCURSAL.....</b>	<b>34</b>
<b>9.1 Condições necessárias ao lançamento do Concurso .....</b>	<b>34</b>
<b>9.2 Procedimento concursal legalmente previsto .....</b>	<b>34</b>
<b>9.3 Ponto de situação concursal.....</b>	<b>35</b>
<b>9.3.1 Identificação dos Concorrentes e dos Finalistas.....</b>	<b>35</b>
<b>9.3.2 Desenvolvimento do Procedimento Concursal .....</b>	<b>35</b>
<b>9.4 Avaliação da gestão do procedimento concursal .....</b>	<b>36</b>
<b>9.5 Critérios de Avaliação das Propostas (Avaliação e Negociação).....</b>	<b>39</b>
<b>10 COMPARADOR PÚBLICO: CONCEITO, FINALIDADE E VALOR .....</b>	<b>41</b>



# Tribunal de Contas

01

Auditoria ao Projecto do Novo Hospital de Cascais em PPP

<b>11</b>	<b>MATRIZ DE RISCO DO ESTADO CONCEDENTE.....</b>	<b>46</b>
<b>11.1</b>	<b>Observações à Matriz de Risco.....</b>	<b>46</b>
<b>11.2</b>	<b>Identificação dos Riscos da EPC .....</b>	<b>48</b>
<b>11.3</b>	<b>Critérios de Reposição do Equilíbrio Financeiro .....</b>	<b>49</b>
<b>12</b>	<b>ENCARGOS FINANCEIROS PARA O ESTADO .....</b>	<b>51</b>
<b>12.1</b>	<b>Propostas apresentadas pelos concorrentes seleccionados para a fase de Negociação Competitiva .....</b>	<b>51</b>
<b>12.2</b>	<b>Remuneração dos Parceiros Privados (EG) .....</b>	<b>53</b>
<b>12.2.1</b>	<b>Remuneração da Gestão Clínica: Entidade Gestora do Estabelecimento .....</b>	<b>53</b>
<b>12.2.2</b>	<b>Remuneração da Entidade Gestora do Edifício .....</b>	<b>57</b>
<b>13</b>	<b>REFERÊNCIAS FINAIS .....</b>	<b>59</b>
<b>13.1</b>	<b>Vista ao Ministério Público.....</b>	<b>59</b>
<b>13.2</b>	<b>Emolumentos .....</b>	<b>59</b>
<b>13.3</b>	<b>Colaboração Prestada.....</b>	<b>59</b>
<b>14</b>	<b>DETERMINAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>59</b>



## Índice de Quadros

Quadro 1	Projectos dos hospitais PPP-Saúde – 1.ª Vaga	19
Quadro 2	Elementos de referência do projecto	22
Quadro 3	Hierarquização das propostas	35
Quadro 4	Custo Público Comparável desagregado	43
Quadro 5	Propostas dos concorrentes admitidos à negociação competitiva em Valor Actual Líquido	52
Quadro 6	Propostas Finais dos Concorrentes	52

## Índice de Anexos

Anexo I Documentos de Apoio ao Relatório	Doc. I	Documentos e actos praticados no âmbito do Projecto de Parceria, fontes e datas	5
	Doc. II	Fases do Procedimento Concursal	9
	Doc. III	Grupos de trabalho e Comissões constituídas ao longo do projecto	11
	Doc. IV	Iter Procedimental Específico	15
	Doc. V	Modelo Contratual das PPP - Cascais	17
	Doc. VI	Calendários do Procedimento Concursal	19
	Doc. VII	Critérios de Selecção das Propostas	21
	Doc. VIII	Fase da Negociação Competitiva	23
	Doc. IX	Objectos Reformuláveis	25
	Doc. X	Critérios de Distribuição dos Encargos Futuros	27
	Doc. XI	Resumo de Pressupostos do Modelo – Período de Transição	31
	Doc. XII	Resumo de Pressupostos do Modelo do Novo Hospital de Cascais	33
	Doc. XIII	Matriz de Risco	35
	Doc. XIV	Contratação dos Consultores no período 2002-2005	69
	Doc. XV	Despacho de Aprovação do Relatório da Negociação Competitiva	73
	Doc. XVI	Despesas Correspondentes a Programas (OE 2007)	75
	Doc. XVII	Estimativa de Encargos Plurianuais para o Hospital de Cascais	77
Anexo II Contraditório	Doc. I	Resposta do Encarregado de Missão da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde	81
	Doc. II	Resposta do Ministro de Estado e das Finanças	87
Anexo III Emolumentos	Doc. I	Nota de Emolumentos	91



## RELAÇÃO DE SIGLAS

<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>AIA</b>	Avaliação de Impacto Ambiental
<b>ARSLVT</b>	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
<b>C.1</b>	Concorrente 1
<b>C.3</b>	Concorrente 3
<b>CA</b>	Conselho de Administração
<b>CE</b>	Caderno de Encargos
<b>CEVC</b>	Custo das Existências Vendidas e Consumidas
<b>CG</b>	Contrato de Gestão
<b>CHC</b>	Centro Hospitalar de Cascais
<b>CMC</b>	Câmara Municipal de Cascais
<b>CMFR</b>	Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul
<b>CPC</b>	Custo Público Comparável
<b>DBFO</b>	<i>Design Build Finance Operate</i>
<b>DGS</b>	Direcção-Geral da Saúde
<b>DGIES</b>	Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (Actualmente integrada na ACSS)
<b>DR</b>	Diário da República
<b>EG</b>	Entidade Gestora
<b>EPC</b>	Entidade Pública Contratante
<b>EPE</b>	Entidade Pública Empresarial
<b>ESNS</b>	Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
<b>EUROSTAT</b>	<i>Statistical Office of the European Communities</i>
<b>FSE</b>	Fornecimentos e Serviços Externos
<b>GOP</b>	Grandes Opções do Plano
<b>HASSG</b>	Hospital Amadora-Sintra Sociedade Gestora
<b>HFF</b>	Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca
<b>HPP</b>	Hospitais Privados de Portugal
<b>IGIF</b>	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (Actualmente ACSS)
<b>INTOSAI</b>	<i>International Organisation of Supreme Audit Institutions</i>
<b>IPC</b>	Índice de Preços ao Consumidor
<b>JOCE</b>	Jornal Oficial das Comunidades Europeias
<b>LEO</b>	Lei do Enquadramento Orçamental
<b>M€</b>	Milhões de Euros
<b>MF</b>	Ministro de Estado e das Finanças
<b>MS</b>	Ministro da Saúde
<b>NHC</b>	Novo Hospital de Cascais
<b>OE</b>	Orçamento de Estado
<b>PPP</b>	Parcerias Público-Privadas
<b>RCM</b>	Resolução do Conselho de Ministros
<b>SAP</b>	Sistema de Acompanhamento de Projectos
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SO's</b>	Serviços de Observação
<b>TC</b>	Tribunal de Contas
<b>TIR</b>	Taxa Interna de Rendibilidade
<b>VAL</b>	Valor Actual Líquido
<b>VFM</b>	<i>Value for Money</i>



## FICHA TÉCNICA

### Coordenação e Controlo

Ana Maria Bento	(Auditora-coordenadora)	Lic. Direito
José Carpinteiro	(Auditor-chefe)	Lic. Direito

### Equipa de Auditoria

Maria João Morgado	(Técnica Superior de 1. <sup>a</sup> Classe)	Lic. Direito
José Gomes	(Técnico Verificador Superior de 2. <sup>a</sup> Classe)	Lic. Economia
Diogo Maltez de Freitas	(Técnico Verificador Superior de 2. <sup>a</sup> Classe)	Lic. Economia



## GLOSSÁRIO

**Auto de Transferência** - documento subscrito pela Entidade Gestora do Estabelecimento, pela Entidade Pública Contratante e pelo Centro Hospitalar de Cascais, pelo qual as partes declaram que se encontram integralmente cumpridas as obrigações previstas no Plano de Transferência (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG).

**Caso Base da Entidade Gestora do Edifício** - o conjunto de pressupostos e de projecções económico-financeiras, que apenas pode ser alterado quando haja lugar à reposição do equilíbrio financeiro do contrato relativo à EG do Edifício, ou a uma operação de refinanciamento (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG).

**Caso Base da Entidade Gestora do Estabelecimento** - o conjunto de pressupostos e de projecções económico-financeiras (Caso Base da Entidade Gestora do Estabelecimento), que apenas pode ser alterado quando haja lugar à reposição do equilíbrio financeiro do contrato relativo à EG do Estabelecimento (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG).

**Centro Hospitalar de Cascais** – a pessoa colectiva pública que integra o Hospital Condes de Castro Guimarães e o Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG).

**Conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar** – o momento em que é assinado o Auto de Transferência, dando-se por integralmente cumpridas as obrigações previstas no Plano de Transferência (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos).

**Custo Público Comparável (CPC)** - corresponde a uma estimativa do custo provável do projecto, caso fosse desenvolvido pelo sector público, em moldes tradicionais ( Cfr. Ficha Técnica do CPC – Parcerias.Saúde).

**Edifícios Hospitalares Actuais** – os edifícios nos quais se encontra actualmente instalado o Estabelecimento Hospitalar, compreendendo (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos):

- a) os edifícios onde se encontra actualmente instalado o Hospital Condes de Castro Guimarães, incluindo as suas dependências;
- b) o complexo onde se encontra actualmente instalado o Hospital Ortopédico Dr. José de Almeida.

**Entidades Gestoras** – sociedades anónimas, com sede em Portugal, às quais cabe a gestão do Estabelecimento Hospitalar e do Novo Edifício Hospitalar, (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG).

**Entidade Pública Contratante** – É o Estado Português (não foi ainda definida na Minuta do Contrato quem será o seu representante. Nos termos da nova redacção dada pelo art.º 17.º do Dec-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, à alínea d) do Art.º 12.º do Dec-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, compete ao MS com faculdade de delegação e subdelegação, aprovar e autorizar a celebração dos CG).

**Entrada em funcionamento do Novo Edifício Hospitalar** – o momento em que o Novo Edifício Hospitalar entra em funcionamento após a Entidade Pública Contratante e a Entidade Gestora do Estabelecimento terem considerado preenchidos os requisitos de operacionalidade e desempenho do Novo Edifício Hospitalar (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos).



**Estabelecimento Hospitalar** - o conjunto de meios materiais e humanos e situações jurídicas, organizado para a realização de prestações de cuidados de saúde no âmbito do CG, excluindo os Edifícios Hospitalares Actuais e os meios que integram o Novo Edifício Hospitalar (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG; Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos e Art.º 1.º, do Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho).

**Hospital de Cascais** – designação do Estabelecimento Hospitalar antes e depois da transferência do mesmo para o Novo Edifício Hospitalar (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos).

**Início da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar** – momento em que é aberto ao público o primeiro serviço médico do Estabelecimento Hospitalar no Novo Edifício Hospitalar (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos).

**Novo Edifício Hospitalar** - o complexo a edificar na localização prevista no Anexo XXI ao CG, constituído pelo terreno e por todas as obras, máquinas, equipamentos, infra-estruturas técnicas e acessórios funcionalmente aptos para a realização das prestações de saúde, com a excepção dos Equipamentos e Sistemas Médicos e Equipamentos Gerais, afectos à Entidade Gestora do Estabelecimento (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG; Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos e Art.º 1.º, do Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho).

**Período de Transição** – período que decorre entre o momento da Transmissão do Estabelecimento Hospitalar e a conclusão da Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos).

**Plano de Transferência** - documento que contém, de forma calendarizada, o conjunto de medidas e actividades a desenvolver pela Entidade Gestora do Estabelecimento, tendo em vista a transferência dos meios humanos e materiais, que integram o Estabelecimento Hospitalar, dos Edifícios Hospitalares Actuais para o Novo Edifício Hospitalar (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG).

**Plano de Transmissão** - documento que contém, de forma calendarizada, o conjunto de medidas e actividades, a desenvolver para transmitir a titularidade e a gestão do Estabelecimento Hospitalar do Centro Hospitalar de Cascais para a Entidade Gestora do Estabelecimento (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG).

**Serviços Adicionais** – os serviços de natureza hoteleira não previstos para a generalidade dos Utentes no âmbito do serviço público de saúde (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos).

**Serviços Clínicos** – as actividades de saúde a prestar pelo Estabelecimento Hospitalar que correspondem a actos ou a um conjunto de actos (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos).

**Serviços de Apoio** – os serviços de natureza complementar ou auxiliar, cuja prestação é necessária ou útil para a prestação de cuidados de saúde e que não têm, eles próprios, a natureza de prestação de cuidados de saúde (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG; Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos e Art.º 1.º, do Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho).

**Transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar** - o processo de transferência dos meios humanos e materiais que integram o Estabelecimento Hospitalar dos Edifícios Hospitalares Actuais para o Novo Edifício Hospitalar (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos).



**Transmissão do Estabelecimento Hospitalar** - o acto mediante o qual a titularidade e a gestão do Estabelecimento Hospitalar é transmitida do Centro Hospitalar de Cascais para a Entidade Gestora do Estabelecimento, nos termos regulados no Capítulo II, do Título II do CG (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG e Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos).

**Produção Efectiva** - o conjunto de prestações de saúde efectivamente realizadas através do Estabelecimento Hospitalar, em cada ano de duração do CG (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG; Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos e Art.º 1.º, do Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho).

**Produção Prevista** - o conjunto de prestações de saúde a realizar através do Estabelecimento Hospitalar, em cada ano de duração do CG (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG; Art.º 1.º - Definições, do Caderno de Encargos e Art.º 1.º, do Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho).

**Rede de Referenciação Hospitalar** - o conjunto de regras técnicas que disciplinam as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares pertencentes a determinada área, de forma a garantir o acesso dos doentes aos serviços e às instituições prestadoras dos cuidados de que necessitam. Esta rede visa a complementaridade técnica e a continuidade de cuidados, num contexto de rentabilização da capacidade instalada (cfr. Cláusula 1.<sup>a</sup> - Definições, da Minuta do CG).

**Valor Actual Líquido** – representa, no momento presente, o valor de uma receita ou despesa a realizar no futuro.

**Valor Nominal** - valor do investimento no momento do seu pagamento.

**Taxa de desconto ou de actualização** – rendibilidade que se exige a um determinado investimento pelo facto de se deixar de investir numa aplicação alternativa.

**TIR** – é a taxa máxima a que o investidor pode remunerar os capitais investidos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AKINTOYE, Akintola, BECK, Matthias and HARDCASTLE, Cliff, “*Public-private partnerships – Managing risks and opportunities*”, Blackwell Publishing – 2003.
- Comissão das Comunidades Europeias – “*Livro Verde Sobre as Parcerias Público-Privadas e Direito Comunitário em Matéria de Contratos Públicos e Concessões*” – Bruxelas, 30.4.2004.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care - “*Public and Private - In Partnership for Australia’s Health*” – *Occasional Papers: Health Financing Series – Volume 4* –, 1999.
- EUROSTAT - “*Long Term Contracts Between Government Units and Non-Government Partners (Public-Private-Partnerships)*”, 2004.
- GARCIA, António, “*Acompanhamento Avaliação e Controlo das PPP*” in “*Manual prático de parcerias público-privadas*” / projecto NPF - Pesquisa e Formação Sintra : NPF, 2004, pp. 179-295.
- INTOSAI – “*Guidelines on Best Practice for the Audit of Public/Private Finance and Concessions*”. Working Group on the Audit of Privatisation, October 2001, “*Guidelines on Best Practice for the Audit of Risk in Public/Private Partnership (PPP)*”, 2004.
- Martins, Guilherme d’ Oliveira e Outros, “*Lei de Enquadramento Orçamental – Anotada e Comentada*”, Livraria Almedina, 2007.
- MORENO, Carlos Botelho, “*O Novo Regime Jurídico das Parcerias Público-Privadas em Portugal*” in “*Manual prático de parcerias público-privadas*” / projecto NPF - Pesquisa e Formação Sintra : NPF, 2004, pp. 153-178.
- National Audit Office (NAO) -UK – “*Guidelines on Best Practice for the Audit of Risk in Public/Private Partnership (PPP)*”.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - “*Incertezas... gestão da mudança na saúde*” - Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.
- PAZ FERREIRA, Eduardo e REBELO, Marta, “*O Novo Regime Jurídico das Parcerias Público-Privadas em Portugal*” in “*Manual prático de parcerias público-privadas*” / projecto NPF - Pesquisa e Formação Sintra : NPF, 2004, pp. 5-27.
- SIMÕES, Jorge Abreu – “*As Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde*” in “*Manual prático de parcerias público-privadas*” / projecto NPF - Pesquisa e Formação Sintra : NPF, 2004, pp. 27-84.



## Outros Relatórios do TC

As análises desenvolvidas tiveram ainda por suporte informação contida nos relatórios no domínio das PPP, aprovados pelo Tribunal de Contas, dos quais se destacam os seguintes:

- ❖ Relatório de Acompanhamento das Parcerias Público-Privadas em Saúde 2004, n.º 1/2005, da 2.ª Secção do TC.
- ❖ Relatório de Acompanhamento das Parcerias Público-Privadas em Saúde 2005, n.º 1/2006 PPP.S, da 2.ª Secção do TC.
- ❖ Auditoria ao Modelo de Financiamento e à Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE - Relatório de Auditoria n.º 20/06, da 2.ª Secção do TC.
- ❖ Auditoria aos Encargos do Estado com as Parcerias Público-Privadas – Concessões Rodoviárias e Ferroviárias – Relatório n.º 04/2007, da 2.ª Secção do Tribunal de Contas.



## I – SUMÁRIO EXECUTIVO

### 1 ÂMBITO DA ACÇÃO E METODOLOGIA

#### 1.1 Natureza e objectivos

O Tribunal de Contas incluiu no seu Programa de Fiscalização para 2006 uma acção de controlo (plurianual) relativa a projectos de parcerias público-privadas (PPP) em saúde que transitou para o Programa de Fiscalização de 2007.

Considerando o estado de evolução do programa de PPP dos novos hospitais do SNS, foi seleccionado o projecto relativo ao Hospital de Cascais por ser aquele que se encontrava na fase mais adiantada do procedimento concursal face aos restantes<sup>1</sup>.

A auditoria foi orientada para a análise do procedimento concursal relativo ao novo Hospital de Cascais, a partir dos pressupostos legais fixados para o respectivo modelo de PPP.

Para o efeito foram considerados os seguintes objectivos:

1. Verificar a conformidade legal dos pressupostos e do procedimento concursal relativos ao novo Hospital de Cascais em PPP.
2. Avaliar a gestão do procedimento concursal, considerando a informação, conformidade legal, transparência e competitividade do procedimento em curso.
3. Analisar o Comparador do Sector Público.
4. Analisar a partilha de risco desta PPP.
5. Conhecer os encargos estimados com esta PPP.

Sem prejuízo da eventual colaboração interdepartamental, as análises, conclusões e recomendações constantes do presente Relatório não prejudicam o exercício da fiscalização prévia de qualquer contrato relativo ao projecto em PPP do Hospital de Cascais que venha a ser submetido a Visto do TC.

#### 1.2 Metodologia

A preparação e o desenvolvimento dos trabalhos desta acção foram orientados segundo critérios, técnicas e metodologias acolhidos pelo Tribunal de Contas (TC), designadamente no Manual de Auditoria e de Procedimentos, bem como, complementarmente, de acordo com metodologias geralmente aceites pelas organizações internacionais de controlo financeiro, como é o caso da INTOSAI, da qual o Tribunal de Contas é membro, em

<sup>1</sup> Hospital de Cascais (Concurso n.º 2/2004, Despacho Conjunto n.º 19504/2004, de 27/08, publicado no DR II série, n.º 219 de 16/09); Hospital de Vila Franca de Xira (Concurso n.º 2/2005; Despacho Conjunto n.º 25417/2005, de 16/11, publicado no DR II série, n.º 236 de 12/12) e Hospital de Braga (Concurso n.º 3/2004, Despacho Conjunto n.º 2226/2005, de 06/01, publicado DR II série, n.º 21 de 31/01).



especial, relativamente às linhas de orientação sobre as melhores práticas definidas por esta entidade no domínio das auditorias a parcerias público-privadas<sup>2</sup> e concessões.

O trabalho de campo foi realizado nas instalações da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, no período compreendido entre 14 de Dezembro de 2006 e 9 de Janeiro de 2007, salientando-se a boa colaboração prestada quanto à disponibilização de informação e esclarecimentos prestados.

Atendendo à demora da fase de negociação individual, optou-se por elaborar um relatório intercalar em Novembro de 2007, sem prejuízo de elaboração de um relatório final de auditoria após a celebração do contrato de gestão.

De acordo com os objectivos supra referidos, a presente acção não implicou a realização de procedimentos específicos de auditoria dirigidos à validação dos elementos que serviram de base de cálculo do Custo Público Comparável (CPC).

As análises realizadas pela equipa de auditoria foram conduzidas segundo as orientações constantes nas *guidelines* da INTOSAI supra referidas, considerando os objectivos específicos delineados para esta acção e devidamente assinaladas ao longo do texto.

### 1.3 Audição dos Responsáveis

Nos termos e para os efeitos do disposto nos art.ºs 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, o Relato de Auditoria ao Projecto do Novo Hospital de Cascais em PPP, foi remetido às seguintes entidades:

- Ministro de Estado e das Finanças;
- Ministro da Saúde;
- Encarregado de Missão da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde;

Foi recebida resposta do Encarregado de Missão da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, tendo as alegações apresentadas, na parte em que foram tidas como relevantes, sido consideradas nos pontos específicos do presente relatório ou alterado o mesmo em conformidade.

Foi recebida, ainda, resposta do Ministro de Estado e das Finanças, através do seu Chefe de Gabinete, tendo informado o seguinte: “... *relativamente ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas ao projecto em PPP do Novo Hospital de Cascais, não há quaisquer comentários a fazer, para além da constatação da utilidade das recomendações formuladas no âmbito dos procedimentos de selecção do parceiro privado e sobre o modelo de contrato previsto.*”

As alegações constam, na íntegra, do Anexo II deste Relatório.

<sup>2</sup> Vd. INTOSAI Working Group on the Audit of Privatisation – “*Guidelines on best practice for the audit of public-private finance and concessions*”, 2001; “*Guidelines on Best Practice for the audit of Risk in Public/Private Partnership (PPP)*”, 2004.



## 2 CONCLUSÕES

### **Custo Global e Sustentabilidade Financeira do Projecto (Ponto 5)**

O lançamento desta parceria foi apreciado e aprovado sem que tenham sido considerados e dados a conhecer todos os encargos públicos com o projecto, designadamente o custo de oportunidade de utilização dos terrenos para a implementação do NHC e os custos com as expropriações e com a construção de acessos e infra-estruturas.

Não obstante ter sido realizado o estudo estratégico económico-financeiro deste projecto, não foi realizado um estudo que permitisse aferir a comportabilidade orçamental deste projecto face ao programa de PPP em saúde, nem as consequências no plano da reorganização da capacidade hospitalar do SNS na área metropolitana de Lisboa e os respectivos impactos em termos de finanças públicas.

A ausência da quantificação do custo global do projecto e a não avaliação de cada um dos riscos e da sua partilha, impede que o TC se possa pronunciar relativamente à mais-valia que poderá resultar para o Estado da concretização desta parceria.

### **Pressupostos do Lançamento do Concurso (Ponto 7)**

A parceria foi aprovada pelo Despacho Conjunto n.º 554/2004, de 29 de Julho, do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, publicado no DR., II série, n.º 204, de 30/08, após emissão dos pareceres, não vinculativos, emitidos pelos membros da Comissão de Acompanhamento, não obstante as objecções então formuladas no respectivo parecer pelos representantes do Ministro das Finanças naquela Comissão.

No que respeita às recomendações formuladas no parecer dos Representantes do Ministro das Finanças, foi entretanto resolvida a disponibilização dos terrenos onde será edificado o NHC.

### **Modelo de PPP (Ponto 8)**

Tal como previsto no Caderno de Encargos tipo dos contratos de gestão na área da saúde, aprovado pelo Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho, o modelo de PPP adoptado assenta num contrato de gestão, de carácter duradouro, com o parceiro privado, tendo por objecto a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do edifício hospitalar e a gestão do estabelecimento hospitalar, a desenvolver por duas entidades gestoras com responsabilidades delimitadas e com mecanismos de pagamento distintos em função dos resultados.

Apesar de o modelo de parceria pressupor que a responsabilidade pelo financiamento fosse da EG do Edifício, nos termos da Minuta do CG e respectivos anexos, o risco passou a estar



repartido entre a EPC e a EG do Edifício na medida em que o Estado participaria no esforço de financiamento ao admitir a hipoteca do direito de superfície do terreno em causa.

No exercício do contraditório a Parcerias.Saúde informou que “as minutas dos contratos de financiamento a celebrar pela Entidade Gestora do Edifício serão adequadas no sentido de que a hipoteca a constituir não incida sobre o direito de superfície”.

A verificar-se esta situação, a imputação do risco de financiamento já não comprometerá o modelo inicial da parceria (cfr. pontos 7.2 e 11).

### **Procedimento Concursal (Ponto 9)**

Verificou-se que o CE não foi claro quanto à gratuidade da transmissão do direito de superfície da EPC para a EG do Edifício. Quanto à gratuidade, a Comissão de Avaliação de Propostas confirmou-a em resposta aos esclarecimentos oportunamente solicitados pelos concorrentes.

O desenvolvimento do procedimento concursal não se tem revelado célere, constatando-se que as fases de qualificação e de avaliação das propostas duraram cerca de 15 meses (estavam previstos 4 meses) e que, em relação ao calendário do projecto, se verifica um atraso de cerca de dois anos.

### **Custo Público Comparável (Ponto 10 e 12.1)**

O Custo Público Comparável (CPC) de 408,8 milhões de euros, em valor actual líquido, foi utilizado como termo de comparação com as propostas que os concorrentes submeteram ao concurso, no sentido de aferir se a parceria se revelava vantajosa para o Estado.

Em resultado da fase da negociação competitiva, a EPC conseguiu obter da proposta vencedora uma diminuição do VAL face à proposta inicialmente apresentada de 12,1% e, em relação ao CPC, de cerca de 7,7%.

A falta de avaliação do custo-benefício resultante da cedência do direito de superfície do terreno, impede que o TC se possa pronunciar relativamente à mais-valia do projecto para o Estado (*VFM*) - (Cfr. ponto 5).

A comparabilidade da informação utilizada nos estudos para o cálculo do CPC suscita alguma incerteza uma vez que foram utilizadas formas diferentes de validação dessa informação.

### **Riscos do projecto e da parceria (Ponto 11)**

A Estrutura de Missão Parcerias.Saúde não considerou, em momento anterior ao lançamento da parceria, a adequada valorização e alocação de cada um dos riscos do projecto, por forma a possibilitar uma avaliação sobre a optimização da sua transferência, em termos de *VFM* do projecto.



Devido à falta de uma “Avaliação de Impacto Ambiental” do projecto, prévia ao lançamento da Parceria, ou de parecer da entidade competente que confirmasse, ou não, a sua sujeição, permanece a incerteza quanto à necessidade da realização da referida avaliação. Este risco poderá implicar um atraso no início da construção da nova unidade hospitalar, bem como a oneração do projecto.

## **Remuneração das Entidades Gestoras (Ponto 12)**

A remuneração anual da EG do Estabelecimento dependerá dos resultados verificados pela EPC, tendo em conta a produção efectiva, a disponibilidade do serviço, os ajustamentos previstos e, ainda, as penalizações pela ocorrência de falhas de desempenho.

A Entidade Gestora do Edifício deverá ser remunerada anualmente em função da disponibilidade e de acordo com uma componente fixa e outra variável para cada ano de vida do contrato.

O mecanismo de ajustamento da remuneração referente à prescrição de medicamentos poderá pôr em causa os princípios da igualdade e da qualidade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que poderá condicionar a autonomia técnica dos prescritores.

## **Bolsas de Competência (Ponto 9.4)**

Verificou-se o recurso reiterado a consultores financeiros e jurídicos externos, nas fases de preparação da parceria, avaliação das propostas e negociação competitiva, daí resultando uma intervenção de quase liderança por parte dos consultores.

O recurso aos mesmos consultores, ao longo das várias fases de desenvolvimento da parceria (lançamento, procedimento concursal e acompanhamento), colocou em causa o princípio da segregação de funções que as boas práticas recomendam.



## 3 RECOMENDAÇÕES

Na sequência das conclusões gerais da presente auditoria, formulam-se as seguintes recomendações:

### 3.1 Ao Governo

Clarificar os termos e condições em que podem ser constituídas garantias sobre bens ou direitos cedidos pelas EPC, a fim de salvaguardar a transparência negocial e o interesse público.

Tal como previsto no art.º 4.º do Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril, o mesmo deve ser revisto no sentido de adequar o procedimento concursal à experiência entretanto adquirida nas fases de avaliação e negociação das propostas relativas aos projectos de parceria em curso.

### 3.2 Aos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde/EPC:

No âmbito do lançamento das futuras PPP em saúde, deverá ser determinado o custo global de cada parceria para o sector público, sem prejuízo do cumprimento do requisito legal respeitante à comportabilidade orçamental do projecto em função da programação financeira plurianual, a fim de poder ser avaliada a mais-valia resultante da PPP, nos termos legalmente previstos.

No âmbito do procedimento concursal, dever-se-á providenciar no sentido de:

- O lançamento de novos projectos em PPP ser precedido da elaboração de uma matriz que inclua a valorização de cada um dos riscos do projecto;
- Obter informação junto das autoridades competentes sobre a necessidade, ou não, de elaboração de uma Avaliação de Impacto Ambiental e, em caso afirmativo, promover a sua obtenção;
- Proceder ao acompanhamento/monitorização da execução do contrato, assegurando as competências adequadas e evitando a excessiva dependência de consultores externos;
- O recurso a consultores nas diversas fases do procedimento concursal não deverá colocar em causa a prossecução do princípio da segregação de funções que as boas práticas recomendam;



- Os cadernos de encargos incluem alguns parâmetros relativos aos elementos essenciais enformadores das circunstâncias que possam vir a constituir situações de reposição do equilíbrio financeiro do contrato e casos de força maior, de forma a mitigar a transferência de eventuais riscos para o Estado.



# Tribunal de Contas



---

Auditoria ao Projecto do Novo Hospital de Cascais em PPP



## II – RELATÓRIO

### 4 ANTECEDENTES DO PROJECTO

Desde o ano de 2002<sup>3</sup> que a reorganização do sistema nacional de saúde tem vindo a ser orientada com o objectivo da obtenção de *ganhos em saúde*. As PPP enquadram-se no âmbito geral daquele objectivo, em alternativa ao modelo tradicional, em que o Estado financia e presta directamente os cuidados de saúde<sup>4</sup>.

**Quadro 1 – Projectos dos hospitais PPP-Saúde – 1.ª Vaga**

Projectos PPP- Saúde 1.ª vaga	Lançamento da Parceria
Hospital de Loures*	<i>Despacho Conjunto dos Ministro de Estado e das Finanças e Ministro da Saúde, n.º 133/2004, de 2/12 de 2003, publicado no DR n.º 59, II Série, de 10/03.</i>
Hospital de Cascais	<i>Despacho Conjunto dos Ministro de Estado e das Finanças e Ministro da Saúde, n.º 554/2004, de 29/07 de 2004, publicado no DR, II Série, n.º 204, de 30/08.</i>
Braga	<i>Despacho Conjunto dos Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, n.º 54/2005, de 20/12 de 2004, publicado no DR, II Série, n.º 10, de 14/01.</i>
Vila Franca de Xira	<i>Despacho Conjunto dos Ministro de Estado e das Finanças e Ministro da Saúde, n.º 770/2005, de 19/09 de 2005, publicado no DR, II Série, n.º 191, de 4/10.</i>

\*No seguimento da extinção do procedimento referente ao lançamento da parceria do Hospital de Loures, em Março de 2006, o anúncio do novo Concurso Público – n.º 1/2007, para aquele efeito, foi publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 67, de 4 de Abril.

No sentido de se desenvolver e implementar no sector da saúde uma estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão, designadamente através das parcerias público-privadas, foi criada, na dependência do Ministro da Saúde, a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde<sup>5</sup>.

Em 2002, foram criados “*Grupos de Coordenação Interdepartamental*” para o lançamento dos projectos hospitalares em PPP, onde se inclui o “Hospital de Cascais”<sup>6</sup>, com o objectivo de serem identificados os contributos técnicos das diversas entidades para o desenvolvimento dos trabalhos preparatórios de cada projecto.

### 5 CUSTO GLOBAL E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO PROJECTO

O Estudo Estratégico Económico-Financeiro apesar de ter incluído o CPC não reflectiu o custo global do Projecto, do ponto de vista dos dinheiros públicos envolvidos, uma vez que

<sup>3</sup> A partir do XV Governo Constitucional, decorrentes dos Programas de Governo e das Grandes Opções do Plano.

<sup>4</sup> Para além dos hospitais, os programas de parceria também abrangeram o Centro de Atendimento do SNS e o CMFR do Sul.

<sup>5</sup> RCM n.º 162/2001, de 16 de Novembro, publicada no DR, II Série, n.º 266.

<sup>6</sup> Cfr. Despacho n.º 1977/2002, do Ministro da Saúde, publicado no DR, II Série, de 25 de Janeiro.



não foram considerados quer o custo de oportunidade da utilização dos terrenos para a implementação do NHC quer os custos com as expropriações, construção de acessos e de infra-estruturas.

Em sede de contraditório, a Parcerias.Saúde veio alegar que, nos termos do Dec.-Lei n.º 86/2003 e da nova redacção do art.º 8.º dada pelo Dec.-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho, no lançamento do concurso “*a comportabilidade dos custos e riscos decorrentes da parceria deve ser demonstrada em função da programação financeira plurianual do sector público administrativo, ou seja, tendo em consideração encargos estimados a suportar pelo Estado em resultado da parceria. Aliás, a nova redacção dada ao artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 86/2003, dada pelo Decreto-Lei n.º 141/2006 de 27 de Julho veio esclarecer, com natureza interpretativa e portanto com eficácia retroactiva, que no lançamento do concurso apenas dever ser feita a demonstração da comportabilidade orçamental, pelo que não se consideraram os seguintes custos por não se verificarem ou por não serem enquadráveis:*

- *Custo de expropriações porque no caso em apreço não se verificariam nem a cargo da Entidade Pública Contratante nem a cargo dos concorrentes;*
- *Custos de oportunidade da utilização dos terrenos para a implementação do Hospital de Cascais por não constituírem um gasto efectivo do Estado;*
- *Custos associados a construção de acessos e de infra-estruturas por terem sido integralmente assumidos pela autarquia.*

(...)”

Sem prejuízo da comportabilidade orçamental demonstrada através da inscrição dos encargos do projecto, em função da programação financeira plurianual do SPA, o custo global do projecto devia também ter sido apurado, com base, designadamente, no disposto no art.º 19.º, n.º 2, da LEO<sup>7</sup>, no n.º 8 do art.º 8.º do Dec.-Lei n.º 86/2003 (na redacção original), bem como no disposto no n.º 2 do art.º 10.º do mesmo diploma, na redacção introduzida pelo art.º 1.º do Dec.-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho, os quais prevêm que deve ser feita a quantificação dos custos assumidos pelo sector público implícitos no projecto. Só desta forma é possível aferir a mais-valia do projecto para o Estado, de modo transparente, e do encargo público global efectivo.

Constatou-se, ainda, não existir um estudo que permitisse aferir da comportabilidade<sup>8</sup> deste projecto face ao programa de parcerias em geral, considerando a reconversão da rede de oferta hospitalar na área metropolitana de Lisboa onde se inclui a capacidade hospitalar das

<sup>7</sup> Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto, alterada e republicada pelas Leis n.º 2/2002, de 28 de Agosto e n.º 48/2004, de 24 de Agosto. Na versão original da Lei n.º 91/2001 correspondia ao art.º 16º, n.º2.

<sup>8</sup> A demonstração da comportabilidade dos custos e riscos decorrentes da parceria, para além de prevista na alínea g) do n.º 10 do art.º 8.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, decorre das boas práticas existentes sobre esta matéria.



unidades já existentes do SPA ou do SEE, bem como os impactos globais em termos de finanças públicas<sup>9</sup>.

Deste modo, o lançamento desta parceria foi apreciado e aprovado sem que tenham sido considerados e dados a conhecer todos os encargos públicos com o projecto, bem como o seu enquadramento no âmbito do programa geral de PPP em saúde.

Em sede de contraditório, a Parcerias.Saúde refere que o impacto do Novo Hospital de Cascais é negligenciável na reconversão da rede de oferta hospitalar na área metropolitana de Lisboa, por se tratar de um hospital de substituição.

Este argumento não procede, já que o NHC tem características diferentes do actual CHC, designadamente ao nível da capacidade e do perfil assistencial.

De facto, o NHC vem substituir o actual CHC, mas esta substituição implica alterações em função das adaptações estabelecidas no estudo estratégico desta PPP e em consonância com as decisões ministeriais que aprovaram esta PPP.

## 6 CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO

### • *Elementos de referência do projecto*

O projecto do NHC visa a construção de um hospital em PPP em substituição do actual Centro Hospitalar de Cascais<sup>10</sup>, para a realização da prestação de cuidados de saúde hospitalares à população do Concelho de Cascais, bem como a 8 freguesias do Concelho de Sintra<sup>11</sup>, num total de 285.854 habitantes<sup>12</sup>.

O quadro seguinte apresenta os elementos de referência do projecto:

<sup>9</sup> A inexistência do referido estudo contraria a *Guideline 13 – Affordability e VFM* da INTOSAI, 2001. Cfr. *Guideline 42* da INTOSAI, 2001 – Confirmação da existência de fundos suficientes para fazer face aos compromissos emergentes do contrato.

<sup>10</sup> O Centro Hospitalar de Cascais integra o Hospital dos Condes de Castro Guimarães e o Hospital Ortopédico José de Almeida (Carcavelos). É uma pessoa colectiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira e património próprio, que foi criada através da Portaria n.º 300/2000, de 29 de Maio, nos termos do disposto no n.º 1 do art.º 3.º do Dec.-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho, que estabelece o regime do enquadramento para a criação e funcionamento de centros hospitalares compostos por vários estabelecimentos e grupos de hospitais.

<sup>11</sup> Algueirão-Mem Martins, Colares, Pêro Pinheiro, São João das Lampas, Santa Maria e São Miguel, São Martinho, São Pedro de Penaferrim e Terrugem.

<sup>12</sup> Census 2001.



## Quadro 2 - Elementos de referência do projecto

	P.Transição*	2008	2012	2015
<b>Edifício</b>				
Lotação (n.º camas)	253	251	253	256
<b>Actividade Clínica</b>				
Internamento	10.141	15.823	15.667	15.777
Consultas Externas	73.335	113.894	113.305	114.177
Urgência	129.251	110.041	109.479	110.313
Hospital de Dia	5.484	9.896	10.165	10.340
Cirurgia	2.963	6.190	6.339	6.436
<b>Índice de Casemix</b>	0,97	0,78	0,81	0,81
<b>Recursos Humanos</b>	972	966	-	-
Serviço Clínico	-	925	-	-
Infra-estrutura	-	41	-	-

Fonte: Estudo Estratégico Económico-Financeiro – Parcerias.Saúde.

\*O Período de transição corresponde à média aritmética simples do período 2006-2007.

Em Novembro de 2007, considerando a situação do procedimento concursal (vd ponto 9.3), o projecto encontrava-se com um atraso de um ano e 10 meses, de acordo com o cronograma do projecto constante do Estudo Estratégico Económico-Financeiro, de Julho de 2004 (pp. 128 do citado documento).

## 7 VERIFICAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS E DAS CONDIÇÕES PARA O LANÇAMENTO DA PARCERIA

Com vista ao lançamento da parceria do Novo Hospital de Cascais, foi criada uma Comissão de Acompanhamento deste projecto, composta por representantes do Ministro das Finanças (PARPÚBLICA)<sup>13</sup> e do Ministro da Saúde (Parcerias.Saúde), através do Despacho Conjunto n.º 370/2004, de 13 de Maio<sup>14</sup>.

Uma das funções desta Comissão de Acompanhamento foi a verificação da conformidade entre a versão definitiva do projecto e os pressupostos para o seu lançamento, constantes do art.º 6.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.

Aqueles representantes emitiram os respectivos pareceres independentes, não vinculativos<sup>15</sup>, em 26 de Julho de 2004, com as considerações relativas à conformidade legal e à viabilidade do projecto de parceria baseadas no Estudo Estratégico Económico-Financeiro. No seu parecer, os representantes do MF fizeram algumas observações quanto a situações que podiam comprometer o preenchimento de alguns dos requisitos constantes do art.º 6.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril (cfr. ponto 4), nomeadamente quanto ao eventual

<sup>13</sup> Com a publicação do Despacho Normativo n.º 35/2003, de 20 de Agosto, (DR. I série n.º 191), a PARPÚBLICA foi incumbida da prestação de apoio técnico ao Ministro de Estado e das Finanças no contexto dos procedimentos e do acompanhamento global das PPP.

<sup>14</sup> Publicado no DR-II série, n.º 145, de 22 de Junho.

<sup>15</sup> Em cumprimento do disposto no art.º 8.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.



impacto financeiro das opções relativas ao NHC sobre o CG do HFF em vigor e sobre novas unidades hospitalares previstas para a região. Encontrava-se, ainda, por resolver a disponibilização dos terrenos para a construção do NHC.

Não obstante as referidas observações,<sup>16</sup> as condições de lançamento da parceria, consubstanciadas no Estudo Estratégico Económico-Financeiro e nas peças concursais, foram aprovadas através do Despacho Conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde n.º 554/2004, de 29 de Julho de 2004, publicado no DR-II série, n.º 204, de 30 de Agosto, seguindo-se a autorização do início do procedimento concursal, por concurso público internacional, através do Despacho do Ministro da Saúde n.º 19 504/2004, de 27 de Agosto<sup>17</sup>.

Entretanto, a disponibilização dos terrenos já se verificou (Cfr. ponto 7.2.).

## 7.1 Inscrição no Orçamento de Estado

O Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, prevê, na alínea a) do n.º 1 do seu art.º 6.º, que o lançamento e a contratação de uma parceria pressupõem o cumprimento das normas relativas à orçamentação por programas constantes da LEO. Por sua vez, nos termos da LEO, os programas incluem as despesas plurianuais cuja inscrição deverá ser feita no Mapa XVI – “despesa correspondente a programas”<sup>18</sup>.

No Relatório do Orçamento de Estado para 2004 constava uma breve descrição do programa PPP Saúde e uma sinopse sobre o projecto do hospital de Loures. No entanto, não incluía uma programação financeira plurianual relativa ao NHC<sup>19</sup> passível de ser inscrita no Mapa XVI do OE.

Segundo dados fornecidos pela DGO<sup>20</sup>, o Mapa XVI do OE de 2005 não incluiu quaisquer encargos com projectos de PPP em saúde, respeitando apenas a despesa em PIDDAC. Relativamente a 2006 e 2007, constatou-se que a PPP relativa ao Hospital de Cascais foi incluída nas verbas plurianuais referentes aos projectos PPP em Saúde inscritas no Programa P013 – Saúde, constante do Mapa XVI dos OE referentes àqueles anos, em consonância com os respectivos Relatórios do OE - cfr. Anexo I, Doc. XVI do presente Relatório.

<sup>16</sup> Na sequência das observações foram feitas recomendações no sentido de, designadamente: “*Enquadrar o Hospital de Cascais no Planeamento da rede hospitalar da região*”; “*avaliar o impacto financeiro das opções relativas ao Hospital de Cascais sobre os contratos actualmente em vigor e sobre a viabilidade económico-financeira de novas unidades hospitalares planeadas para a região*”; “*Garantir a disponibilidade efectiva dos terrenos destinados à construção do novo Hospital de Cascais*” (...). ”

<sup>17</sup> Publicado no DR-II série, n.º 219, de 16 de Setembro.

<sup>18</sup> Cfr. o n.º 3 do art.º 18º; o art.º 19º, os n.ºs 3 e 4 do art.º 20.º e art.º 32.º da LEO.

<sup>19</sup> O Estudo Estratégico Económico-Financeiro foi concluído em Julho de 2004.

<sup>20</sup> Ofício n.º 16370, de 14/08/2007.



Em 2008, de acordo com o Relatório da proposta do OE, a previsão dos encargos financeiros plurianuais, a inscrever no Mapa XVI do OE, respeitantes ao Hospital de Cascais, ascende a 781,4 M€ (cfr. Anexo I, Doc. XVII do Relatório).

## 7.2 Autorizações e Pareceres Administrativos

### • *Avaliação de Impacto Ambiental*

Na área ambiental, a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde solicitou um parecer jurídico<sup>21</sup>, do qual resultou o entendimento de que a realização de uma avaliação de impacto ambiental não seria obrigatória nos termos da lei, podendo no entanto decorrer de uma decisão administrativa proferida por uma entidade competente que a determinasse. A Estrutura de Missão não diligenciou no sentido de aferir a opinião técnica junto dos organismos com competência nesta área, de modo a confirmar o pressuposto inscrito na alínea d) do art.º 6.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.

*Em contraditório a Parcerias.Saúde refere que “Não existe obrigatoriedade legal e não há sujeição automática (isto é, por força da remissão do artigo 1.º para os anexos I e II do Decreto-Lei n.º 69/2000) ao regime da avaliação de impacto ambiental no que toca à construção (e operações acessórias) do Hospital de Cascais.*

*Por outro lado, contrariamente ao que sucede em outras parcerias, abrangidas pelo regime do Decreto-Lei n.º 86/2003, no caso concreto dos hospitais o procedimento concursal não é lançado com base num estudo do edifício, sendo que sem este estudo não é possível dar início a um procedimento de Avaliação de Impacto Ambiental.”*

Face ao exposto, ainda que não se verifique uma sujeição automática à AIA, permanece a incerteza relativamente à necessidade da realização da referida AIA. A confirmação da necessidade de realização dessa avaliação poderá ter como consequência um atraso no início da construção do NHC e uma eventual oneração do projecto. (Cfr. ponto 11.2).

### • *Terreno do Novo Edifício Hospitalar*

Está previsto que o local onde deverá ser construído o NHC seja composto pelo prédio militar n.º 25/Cascais, designado por “Bateria de Alcabideche”<sup>22</sup>, afecto, à data do lançamento da parceria, ao Ministério da Defesa Nacional, bem como, por um outro terreno

<sup>21</sup> Cfr. Parecer da sociedade de advogados Barrocas, Sarmiento, Neves, solicitado pela Estrutura de Missão Parcerias.Saúde. Vd. Apenso XI do Volume 7, do Processo de Auditoria.

<sup>22</sup> Vd. RCM n.º 140/2004, publicada no DR-I série-B, n.º 236, de 7 de Outubro; Dec.-Lei n.º 32/99, de 5 de Fevereiro, alterado pela Lei n.º 131/99, de 28 de Agosto. De acordo com a RCM citada, o Governo resolveu desafectar do domínio público militar e integrar no domínio privado do Estado, afecto ao Ministério da Defesa Nacional, o prédio militar n.º 25/Cascais, designado “Bateria de Alcabideche”. Resolveu, ainda, reafectar ao Ministério da Saúde o referido prédio mediante compensação de € 11.860.000.



cedido, a título gratuito, pelo Município de Cascais<sup>23</sup> à entidade pública designada pelo Ministério da Saúde.

Por sua vez, a EPC, transmitirá o direito de superfície dos referidos terrenos a favor da EG do Edifício, pelo prazo de 30 anos, para efeitos de edificação do NHC<sup>24</sup>. Por esta transmissão não foi fixada no Caderno de Encargos qualquer contraprestação, nem foi feita expressamente referência à gratuitidade da mesma<sup>25</sup>, pelo que os concorrentes só foram informados da gratuitidade da transmissão do direito de superfície através das respostas da Comissão de Avaliação das Propostas<sup>26</sup> aos pedidos de esclarecimentos por estes apresentados.

Findo o CG, na parte respeitante à EG do Edifício (ao fim de 30 anos), o direito de superfície extingue-se. O Estado, proprietário do solo, adquire a propriedade da obra (edifício hospitalar), sem prejuízo das compensações devidas à Entidade Gestora do Edifício que visam cobrir o valor líquido contabilístico dos investimentos efectuados no novo edifício hospitalar, desde que previamente autorizados pela EPC.<sup>27</sup>

Cabe salientar, que o Caderno de Encargos e a Minuta do CG prevêm que o direito de superfície deverá ser transmitido pela EPC à EG do Edifício para efeitos da execução do objecto do CG, ou seja, o direito de superfície sobre os terrenos deverá passar para a titularidade da EG do Edifício para a construção de um Novo Hospital.

Em 2004, o parecer dos representantes do Ministro das Finanças, no âmbito da Comissão de Acompanhamento da parceria, alertou que a indisponibilidade do prédio PM-25, “Bateria de Alcabideche” poderia suscitar atrasos ao nível do procedimento concursal. Posteriormente, em Outubro do mesmo ano, foi publicada a RCM n.º 140/2004, que veio determinar as condições de reafecção daquele prédio ao Ministério da Saúde.

Segundo informação da ARSLVT, a referida situação encontra-se resolvida, uma vez que, em 10 de Janeiro de 2007, foi outorgado um “Auto de Devolução e Reafecção” daquele terreno e efectivada a transferência da primeira prestação para o Ministério da Defesa Nacional, no valor de 4,3 milhões de euros, pelo que, nos termos do ponto 9 da citada RCM, a ARSLVT ficou habilitada a tomar posse desse terreno. Os sete prédios propriedade do

<sup>23</sup> Foi celebrado um “Acordo Estratégico de Colaboração entre o Ministério da Saúde (ARSLVT) e o Município de Cascais”, em 12 de Janeiro de 2004. Segundo informação da Parcerias.Saúde, a CMC já procedeu às expropriações das parcelas necessárias, à excepção da que corresponde ao terreno denominado “Moinho”. Entretanto a CMC procedeu à constituição do direito de superfície a favor da ARSLVT.

<sup>24</sup> Cfr. Cláusula 83.ª da Minuta do CG e Art.º 52.º do CE. Vd. Apenso IV do Volume 5 e Apenso II do Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>25</sup> Sem prejuízo de, nos termos da al. a) do art.º 17.º do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, os contratos de gestão poderem atribuir às entidades gestoras os direitos de utilização do domínio público para a realização da obra a título gratuito.

<sup>26</sup> Nos termos do n.º 5 do art.º 3º do Programa de Procedimento, compete à Comissão de Avaliação das Propostas “(...) proceder à elaboração dos eventuais esclarecimentos solicitados pelos interessados (...)”.

<sup>27</sup> Cfr. Art.º 112.º do CE e Cláusula 128.ª da Minuta do CG. Vd. Apenso II do Volume 3 e Apenso IV do Volume 5, respectivamente, do Processo de Auditoria.



Município de Cascais foram cedidos, em direito de superfície, por escritura pública outorgada em Janeiro de 2005, ao Estado Português, que por sua vez cedeu aquele direito, a título precário, à ARSLVT, por auto de cessão de Julho de 2006.

### 7.3 Demonstração do Interesse Público do Projecto

- *Análise das opções para a configuração do projecto*

No âmbito da preparação do lançamento da parceria, o Estudo Estratégico<sup>28</sup> incluiu uma análise onde se ponderaram várias hipóteses de colmatar as deficiências e limitações da capacidade hospitalar existente, tendo em vista a escolha da opção que melhor justificasse o interesse público.

Assim, a configuração do projecto de construção do novo Hospital de Cascais resultou da ponderação no estudo de várias opções:

- *Opção 0* – manter o actual CHC em funcionamento. Esta opção foi afastada pelo facto de a realização de obras no actual Centro Hospitalar de Cascais ser mais onerosa do que a construção de um novo hospital e não permitir solucionar os problemas existentes.
- *Opção 1* – construção de um novo hospital, devido às deficiências e limitações das instalações hospitalares existentes, conhecidas desde 1998<sup>29</sup>. Esta opção foi subdividida em 1A e 1B, em que:
  - 1A – o hospital deverá ter uma área de influência constituída pelo Concelho de Cascais dando cobertura a mais quatro freguesias do Concelho de Oeiras quanto aos cuidados materno-infantis;
  - 1B – o hospital deverá ter uma área de influência constituída pelo Concelho de Cascais e dar cobertura a mais oito freguesias do Concelho de Sintra no que concerne aos cuidados materno-infantis.

Foi então decidida a construção de um novo hospital com um perfil assistencial actualizado, tendo sido acolhida a *Opção 1B* para configurar o “Projecto de Referência”. A preferência por esta opção deveu-se ao facto de a mesma prever a expansão da área de influência da vertente dos cuidados materno-infantis para o concelho de Sintra, indo ao encontro do limiar estabelecido pela rede de referênciação materno-infantil, elaborada pela DGS<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> Cfr. Estudo Estratégico e Económico-Financeiro, Capítulo 4, pp. 50 (Vd. Apenso I, Volume 2, do Processo de Auditoria) e Parecer dos Representantes do MS na Comissão de Acompanhamento da Parceria, pág. 5 (Vd. Apenso X, Volume 7, do Processo de Auditoria).

<sup>29</sup> Deliberação do CA da ARSLVT, de 17.09.1998, relativa ao início do processo de construção de um novo hospital no Concelho de Cascais, segundo informação constante do Estudo Estratégico Económico-Financeiro (Vd. Apenso I, Volume 2, do Processo de Auditoria).

<sup>30</sup> Requer um número mínimo de 1500 partos por ano.



Neste enquadramento, considerou-se que a justificação do interesse público do projecto do NHC seria viabilizada, através da opção pela construção de um novo hospital, devido à necessidade de substituição das unidades hospitalares existentes que não satisfazem as necessidades de saúde da população.

## 7.4 Justificação das Vantagens da Parceria

As vantagens da parceria, face ao modelo tradicional de contratação e gestão pública, enunciadas no Parecer dos Representantes do MS<sup>31</sup>, são as seguintes:

- “
  - (i) *O potencial de inovação resultante da introdução de novas formas de gestão hospitalar e clínica;*
  - (ii) *O potencial de inovação ao nível da concepção do projecto de engenharia hospitalar, favorecendo a adopção de modernos conceitos de engenharia funcional;*
  - (iii) *As sinergias resultantes da integração das fases de concepção, construção, conservação e exploração operacional da nova unidade;*
  - (iv) *O potencial para a transferência de riscos do sector público para o sector privado;*
  - (v) *Os incentivos ao controlo de custos de investimento e exploração, bem como da qualidade do serviço prestado;*
  - (vi) *A possibilidade de benchmarking da gestão e da performance hospitalar, designadamente na vertente clínica”.*”

A demonstração do interesse público da parceria<sup>32</sup>, assentou em indicadores de referência constantes do Estudo Estratégico, mas também em conceitos não quantificados cuja concretização é incerta, nomeadamente as sinergias resultantes da integração das fases de concepção, construção, conservação e exploração operacional da nova unidade partindo do pressuposto que a gestão empresarial proporciona eficiência resultante do risco de aplicação de capitais privados.

<sup>31</sup> O referido parecer foi emitido em cumprimento do disposto no n.º 7 do art.º 8.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril. O parecer dos representantes do MF considerou este requisito preenchido. Vd. Apenso IX, Volume 7.

<sup>32</sup> Cfr. Cap. 6, pág. 119, do Estudo Estratégico e Económico-Financeiro – Parcerias.Saúde e Ponto C., pág.16/17, do Parecer do MS. Vd. Apenso I, Volume 2 e Apenso X, Volume 7, do Processo de Auditoria.



## 7.5 Repartição de Responsabilidades

Incumbe ao Estado definir os objectivos da parceria e repartir as responsabilidades pelos parceiros privados<sup>33</sup>, nomeadamente quanto à concepção, construção, financiamento e gestão. Este modelo decorre da configuração do caderno de encargos tipo dos contratos de gestão, aprovado pelo Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho, e foi alicerçado numa lógica de um concurso público – um contrato de gestão (dois objectos) – duas sociedades gestoras e apresentou-se da seguinte forma<sup>34</sup>:

- ⇒ A entidade gestora do estabelecimento aceita a responsabilidade pela organização e gestão do estabelecimento hospitalar, bem como pelo exercício das prestações de saúde, incluindo todas as actividades acessórias, nomeadamente de natureza hoteleira durante um prazo de 10 anos, prorrogável;
- ⇒ A entidade gestora do edifício assume a responsabilidade pela concepção, financiamento, construção e manutenção do edifício e infra-estruturas hospitalares, bem como pelas máquinas, equipamentos e infra-estruturas técnicas, por um período de 30 anos.

O Estado terá a responsabilidade de remunerar, acompanhar e controlar a execução do CG de forma a garantir que serão alcançados os fins de interesse público subjacentes à parceria.

## 8 MODELO DE PPP ADOPTADO

O modelo desta parceria assenta num contrato de gestão nominado e tipificado na lei<sup>35</sup>, de associação duradoura entre o Estado e duas entidades gestoras. A EG do Edifício Hospitalar tem por missão desenvolver as actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do edifício hospitalar, por um período de 30 anos. A EG do Estabelecimento Hospitalar, por sua vez, tem por missão, a gestão hospitalar e a prestação de serviços clínicos por um período de 10 anos. Este período compreende a gestão do centro hospitalar existente e a gestão do novo hospital. As remunerações das entidades gestoras são independentes e têm mecanismos de pagamento distintos.

No entanto a selecção do modelo previsto deveria ser precedida da construção de uma Matriz de Risco, que estudasse cada um dos riscos, os ponderasse e valorizasse individualmente, no sentido de aferir qual o parceiro mais apto a geri-los tendo em conta o VFM do projecto (Vd. ponto 11.1 do Relatório).

<sup>33</sup> Cfr. Art.º 5.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.

<sup>34</sup> Cfr. Ponto C do Parecer dos Representantes do MS, pág. 16 - O Modelo de Parceria-Público-Privada - Justificativo para PPP. Vd. Apenso X, Volume 7, do Processo de Auditoria

<sup>35</sup> A designação do Contrato de Gestão decorre da al. e) do n.º 4 do Art.º 2.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, e o seu regime jurídico decorre do Capítulo II – Contrato de Gestão - do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.



Com o objectivo de se concretizar a parceria para o projecto do NHC, foi lançado um concurso público internacional ao abrigo do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril<sup>36</sup>, diploma legal que estabelece o regime jurídico a aplicar às PPP em geral<sup>37</sup>. O referido concurso, promovido pelo Ministério da Saúde, visou a contratação por parte do Estado, de um consórcio integrado por dois operadores, um vocacionado para a prestação de serviços clínicos e o outro vocacionado para a prestação de serviços infra-estruturais, incumbindo àqueles o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração do NHC.

Relativamente ao investimento, as Entidades Gestoras são responsáveis pela obtenção do financiamento, devendo celebrar os contratos que integram os Contratos de Financiamento constantes do Anexo III à Minuta do CG (Cfr. Cláusula 7.ª e Art.º 8.º do CE).

Apesar de o modelo resultante do CE pressupor que a responsabilidade pelo financiamento seja das entidades privadas, no caso da EG do Edifício, o risco do financiamento seria partilhado com a EPC, na medida em que aquela EG iria, junto das Entidades Financiadoras<sup>38</sup>, constituir uma hipoteca sobre o direito de superfície a ser cedido gratuitamente pela EPC.

Por sua vez, a EPC, na qualidade de parte contratante, tomará conhecimento dos termos e condições dos Contratos de Financiamento e de Projecto, bem como das garantias constituídas ao abrigo dos mesmos, a favor das Entidades Financiadoras na Minuta do Acordo Directo da Entidade Gestora do Edifício, que constitui o Anexo III.1, à Minuta do CG.

*Em sede de contraditório, a Parcerias.Saúde informou que “As minutas dos contratos de financiamento a celebrar (...) serão adequadas no sentido de que a hipoteca a constituir não incida sobre o direito de superfície” (vd. ponto 7.2.).*

*A verificar-se esta situação, a imputação do risco de financiamento já não comprometerá o modelo inicial da parceria, constante do CE, o que o TC regista com apreço.*

<sup>36</sup> O art.º 17.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, altera os art.ºs 1.º, 12.º e 18.º do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. O art.º 18.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril revoga o art.º 4.º do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

<sup>37</sup> Aplica-se também o regime legal especial, decorrente do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, que define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de PPP em saúde, bem como do Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho, o qual aprova o Caderno de Encargos tipo dos contratos de gestão em PPP.

<sup>38</sup> Cfr. Anexo III.2 da Minuta do CG – Contratos de Financiamento/Contrato de Garantias. Vd. Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.

De acordo com o Anexo II - Contrato de Garantias, à Minuta do CG, foram identificadas as garantias para o integral e pontual cumprimento das obrigações assumidas pela Entidade Gestora do Edifício no Contrato de Financiamento, de entre as quais, a hipoteca do direito de superfície sobre o imóvel (terrenos) e sobre todas as construções, benfeitorias, acessões, presentes e futuras, efectuadas e a efectuar no imóvel. A EG do Edifício na qualidade de mutuária, constitui a hipoteca, a favor dos bancos financiadores, que caduca na data do seu termo (“... significa a data em que a Mutuária haja satisfeito, definitiva e totalmente, todas e quaisquer obrigações emergentes dos Contratos Financeiros, conforme definidos no Contrato de Financiamento”).



Face ao que precede, conviria que o legislador clarificasse, no caso específico das PPP, quais os termos e condições em que poderiam ser constituídas garantias sobre bens ou direitos cedidos pela EPC, a fim de salvaguardar a transparência negocial e o interesse público.

- ***Principais aspectos Contratuais do Modelo***

Da comparação feita entre o modelo contratual que se perspectiva para o NHC<sup>39</sup> e o CG do HFF em vigor, entende-se que o modelo do NHC é mais complexo, considerando o maior número de parceiros envolvidos, o recurso ao financiamento privado, a transferência do risco de concepção e construção do NHC, para além do risco da procura se encontrar do lado da EG do estabelecimento hospitalar no NHC, considerando os mecanismos de remuneração da sua actividade (Vd. ponto 12).

O contrato de gestão do NHC (gestão clínica - prazo de 10 anos) poderá ser renovado por períodos sucessivos, sem que excedam o cômputo dos 30 anos, sempre que se verifiquem preenchidos os requisitos explanados na Minuta do Contrato<sup>40</sup>. Em caso de renovação, aplica-se o procedimento previsto no artigo 14.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril<sup>41</sup>, que respeita às alterações das parcerias.

A Entidade Gestora do Edifício deverá exercer as suas actividades no prazo de 30 anos, podendo propor à entidade pública contratante, no termo do contrato relativo ao Estabelecimento Hospitalar, a revogação do Contrato de Gestão na parte respeitante à gestão do Edifício Hospitalar<sup>42</sup>. Caso tal facto suceda, a escolha da entidade gestora do edifício será efectuada através do procedimento legal que lhe seja aplicável no momento<sup>43</sup>.

A propriedade do terreno pertence ao Estado<sup>44</sup>, estando prevista a constituição de um direito de superfície a título gratuito pelo prazo de 30 anos<sup>45</sup> a favor da EG do Edifício, que o constrói e do qual é proprietário<sup>46</sup>. Com a extinção do Contrato de Gestão<sup>47</sup>, o direito de

<sup>39</sup> Através da Minuta do CG para o NHC. Vd. Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.

<sup>40</sup> Vd. Cláusula 8.ª da Minuta do CG e art.º 45.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>41</sup> Cfr. N.º 3 da Cláusula 8.ª da Minuta do CG e n.º 3 do art.º 45.º do CE do Hospital de Cascais. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>42</sup> Cfr. Cláusula 12.ª da Minuta do CG e art.º 54.º e n.º 1 do art.º 55.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>43</sup> Cfr. o n.º 3 da Cláusula 127.ª da Minuta do CG e Art.º 55.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>44</sup> O Município de Cascais mantém a propriedade fundiária dos sete prédios cedidos em direito de superfície ao Estado Português, que, através da Direcção-Geral do Património, cedeu esse direito, a título precário, à ARSLVT.

<sup>45</sup> Vd. Cláusula 83.ª da Minuta do CG e Art.º 52.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>46</sup> A EG do Edifício pode onerar o imóvel que integra o Novo Edifício Hospitalar em benefício das Entidades Financiadoras da construção, nos termos do n.º 3 da Cláusula 10.ª da Minuta do CG. Vd. Apenso IV, Volume 5.



superfície constituído a favor da EG do Edifício extingue-se e revertem para o Estado o Novo Edifício Hospitalar<sup>48</sup>, bem como a universalidade de bens e direitos que integram o Estabelecimento Hospitalar.

Os referidos bens, objecto de reversão, devem ser entregues à EPC, livres de ónus ou encargos e em adequado estado de funcionamento. À reversão dos bens<sup>49</sup> foram associadas medidas de compensação por parte da EPC perante as EG, que visam cobrir o valor líquido contabilístico dos investimentos efectuados nos Edifícios Hospitalares actuais, no Novo Edifício após a sua entrada em funcionamento, ou com outro tipo de activos, desde que os referidos investimentos tenham sido previamente autorizados pela Entidade Pública Contratante.

A EPC tem a faculdade de proceder ao sequestro do Novo Edifício Hospitalar<sup>50</sup>, devendo notificar a Instituição Financeira dessa intenção, a fim de possibilitar que a mesma, ou através de uma entidade controlada, suceda na posição contratual da EG do Edifício no cumprimento das obrigações contratuais.

A Instituição Financeira obriga-se a remeter à EPC todas as notificações de incumprimento do Contrato de Financiamento remetidas à EG do Edifício e, bem assim, a notificar a EPC de qualquer declaração de vencimento antecipado<sup>51</sup>.

Em caso de incumprimento do Contrato de Financiamento, a Instituição Financeira sucederá à EG do Edifício na posição contratual directamente ou através de uma entidade por si controlada ou de uma terceira, por si indicada<sup>52</sup>.

- **Período de transição**

Com a celebração do CG, a EG do Estabelecimento Hospitalar deverá iniciar a respectiva gestão e exploração nos actuais edifícios hospitalares que integram o CHC. A EG do Edifício, por sua vez, deverá iniciar a construção do NHC, cuja conclusão se prevê ocorrer

<sup>47</sup> Vd. Cláusula 128.ª da Minuta do CG e Art.º 112.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>48</sup> Refira-se que o universo de bens abrangidos pela reversão depende do momento em que esta venha a ocorrer, antes ou depois da conclusão da transferência do Estabelecimento Hospitalar para o Novo Edifício Hospitalar – Cfr. Cláusula 128.ª da Minuta do CG e Art.º 112.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>49</sup> Nos termos do artigo 87.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 30 de Junho, a reversão é composta pela universalidade dos bens e direitos que integram o estabelecimento hospitalar e o edifício hospitalar. No plano do procedimento contratual, vide a Cláusula 128.ª da Minuta do CG e o Art.º 112.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>50</sup> Nos termos da Cláusula 120.ª da Minuta do CG e art.º 105.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>51</sup> Cfr. Cláusula 6.ª, 6.3. do Anexo III.1 em conjugação com a Cláusula 7.ª, ambas da Minuta do CG. Vd. Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.

<sup>52</sup> Cfr. Cláusula 4.ª, 4.1. do Anexo III.1 em conjugação com a Cláusula 7.ª, ambas da Minuta do CG. Vd. Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.



no prazo de 2 anos. O período que decorre desde o início da execução contratual até à transferência para o novo edifício hospitalar, é denominado por “Período de Transição”.

No período de transição, deverão ocorrer dois processos essenciais à substituição gradual do CHC existente pelo NHC, objecto da parceria:

- O primeiro processo respeita à transmissão da titularidade e da gestão do Estabelecimento Hospitalar do CHC para a EG do Estabelecimento, que se consubstancia, sobretudo, na transmissão dos activos e relações jurídicas existentes (vg bens móveis e equipamentos; relações laborais; relações contratuais) e deverá ocorrer a partir do momento em que a EG do Estabelecimento inicie a sua actividade<sup>53</sup>;
- O segundo processo<sup>54</sup>, é o da transferência dos meios humanos e materiais que constituem o Estabelecimento Hospitalar, dos Edifícios Hospitalares actuais para o Novo Edifício Hospitalar, a qual deverá estar concluída com a operacionalidade completa do NHC, tendo em conta que a instalação dos serviços do Estabelecimento Hospitalar no Novo Hospital de Cascais pode ser faseada consoante as necessidades operacionais, desde que obedeça à produção anual contratada (remissão para o ponto 12.2).

Tanto a transmissão como a transferência, deverão obedecer a um plano próprio que define, de forma calendarizada, o conjunto de medidas a desenvolver pelo CHC, quanto à transmissão e, pela EG do Estabelecimento, no que respeita à transferência.

A substituição do CHC deverá constituir um processo gradual, a ocorrer no período de transição. Após a conclusão da transferência do Estabelecimento Hospitalar para o novo Edifício Hospitalar, a EPC assume a obrigação de gerir e remunerar o pessoal que não seja transferido e afecto a cada uma das Entidades Gestoras.<sup>55</sup>

Com a assinatura do CG, a EG do Estabelecimento pagará à EPC, a título de contrapartida, pela transmissão do Estabelecimento Hospitalar (CHC), a quantia de 15 milhões de euros<sup>56</sup>.

Durante o período de transição, a EG do Estabelecimento procederá à gestão dos edifícios hospitalares que integram o actual CHC<sup>57</sup>.

<sup>53</sup> Cfr. Cláusula 1.ª - Definições e Plano de Transmissão – ANEXO XIII à Minuta do CG; Cláusula 55.ª - Transmissão do Estabelecimento Hospitalar e Art.º 17.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>54</sup> Cfr. Cláusulas 78.ª e segs. da Minuta do CG e Art.º 41.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>55</sup> Não se transmitem os créditos, disponibilidades monetárias e dívidas previstas nos termos do n.º 5 da Cláusula 55.ª da Minuta do CG e art.º 17.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>56</sup> Cfr. Artigo 18.º do CE e Cláusula 56.ª da Minuta do CG. Vd. Apenso II, Volume 3 e Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.

<sup>57</sup> Cfr. Artigo 40.º do CE e Cláusula 59.ª da Minuta do CG. Vd. Apenso II do Volume 3 e Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.



Concluída a transferência, os edifícios hospitalares afectos ao CHC serão devolvidos aos respectivos proprietários<sup>58</sup>.

- ***Pessoal***

O pessoal que exerça funções em regime de direito público permanece afecto ao CHC, podendo exercer a sua actividade para as Entidades Gestoras até à conclusão da transferência do Estabelecimento para o Novo Edifício Hospitalar e após a conclusão da referida transferência, mediante a utilização de um dos instrumentos de mobilidade<sup>59</sup>. Pelo menos 95% daquele pessoal deverá ser afecto ao NHC. O pessoal que não tenha sido transferido será gerido e remunerado pelo CHC ou pela entidade que lhe suceder nas respectivas obrigações<sup>60</sup> (remissão para o ponto 11.2 - Identificação e Estratégia de Mitigação de Riscos).

Após a conclusão da Transferência do Estabelecimento para o NHC, os funcionários que então não sejam afectos ao NHC permanecerão no quadro do CHC, sendo remunerados pela EPC<sup>61</sup>.

- ***Gestão e Acompanhamento da Parceria***

O acompanhamento da parceria, previsto tanto no CE como na Minuta do CG<sup>62</sup>, compreende a descrição das estruturas de controlo em representação da EPC, respectivas responsabilidades e funções, a definição das obrigações relativas à informação periódica, bem como a referência a sistemas de monitorização e de informação.

A responsabilidade pela gestão e acompanhamento do CG é da EPC, que verificará o cumprimento do CG e assegurará a regularidade, continuidade e qualidade das prestações de saúde. Para o cumprimento destas funções a EPC nomeará um Gestor do Contrato.

Para auxiliar o Gestor de Contrato no desempenho das suas funções, poderá ser designada uma Comissão de Acompanhamento Permanente. Esta Comissão funcionará nas instalações do Hospital e será composta por três elementos nomeados pela EPC.

<sup>58</sup> Cfr. n.º 2 da Cláusula 79.ª da Minuta do CG e art.º 44.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II do Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>59</sup> Cfr. Cláusulas 65.ª e 66.ª da Minuta do Contrato e art.º 27.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 do e Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria. Cedência especial de funcionários (art.ºs 23.º e 24.º da Lei n.º 23/2004, de 22 de Junho) – Regime Jurídico do Contrato Individual de Trabalho; Requisição e Licença Sem Vencimento (art.ºs 21.º e 22.º do ESNS – Dec.-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro); Regime de Comissão de Serviço (art.º 6.º do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 Agosto).

<sup>60</sup> Cfr. Cláusula 67.ª da Minuta do Contrato e n.º 3 dos artigos 115.º e 116.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>61</sup> Cfr. N.º 3 da cláusula 67.ª da Minuta do Contrato e n.º 3 dos artigos 115.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>62</sup> Vd. Título V – “Articulação Institucional”; cláusulas 131.º a 139.º da Minuta do CG e Art.º 85.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.



A EPC e as duas EG constituirão e manterão uma Comissão Conjunta ao longo da vigência do CG que será constituída por elementos designados por cada uma das entidades.

A EPC designará ainda um Provedor do Utente encarregue de diligenciar junto das EG a tomada de providências para a resolução dos problemas de funcionamento que envolvam os utentes.

Acresce que este modelo de acompanhamento, a instituir pela EPC, deve ser conjugado com sistemas de monitorização e de informação, também contratualmente previstos<sup>63</sup>, e que são determinantes para a aferição do desempenho produtivo e qualitativo da prestação do serviço contratado às EGs.

## 9 PROCEDIMENTO CONCURSAL

### 9.1 Condições necessárias ao lançamento do Concurso

As condições necessárias para o lançamento da parceria<sup>64</sup> foram materializadas em peças processuais desenvolvidas para o procedimento, nomeadamente, o programa de procedimento, o caderno de encargos, análises e estudos relacionados com a configuração do projecto e do seu modo de financiamento, nos termos previstos no n.º 10 do art.º 8.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.

### 9.2 Procedimento concursal legalmente previsto

Para o concurso público do novo hospital de Cascais, foi desenvolvido o tipo de procedimento base<sup>65</sup>, estabelecido no Decreto Regulamentar<sup>66</sup> que aprova as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde. Embora este diploma ofereça, também, a opção por um tipo de procedimento alternativo, que inclui a fase da qualificação prévia dos concorrentes, “... foi mantida a opção de não introduzir a fase de pré-qualificação, permitindo que um maior número de concorrentes possa apresentar proposta e participar plenamente no concurso competitivo.”<sup>67</sup>. Considera-se que esta opção poderá constituir uma

<sup>63</sup> Cap. II, Sec. III – “Sistema de Monitorização e Sistemas de Informação” – cláusulas 17.ª a 23.ª da Minuta do CG e Art.º 39.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>64</sup> O lançamento da parceria foi aprovado através do Despacho Conjunto n.º 554/2004, de 29 de Julho, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, seguido do Anúncio do Concurso Público Internacional da parceria, estabelecido pelo Despacho do Ministro da Saúde n.º 19504/2004, de 27 de Agosto, publicado no DR-II série, n.º 219, de 16.Setembro.2004.

<sup>65</sup> Vd. Anexo I, Doc. IV do Relatório.

<sup>66</sup> Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril.

<sup>67</sup> Cfr. Capítulo C, ponto II -Procedimento Concursal Específico, pág. 17 do Parecer dos Representantes do MS – Vd. Apenso X do Volume 7, do Processo de Auditoria.



medida estratégica de contratação, no sentido de maximizar a pressão competitiva entre os concorrentes.

## 9.3 Ponto de situação concursal

### 9.3.1 Identificação dos Concorrentes e dos Finalistas

- **Concorrentes**

Após a publicação do anúncio<sup>68</sup> do concurso, verificou-se que apesar de seis consórcios terem adquirido as peças concursais necessárias, apenas quatro concorreram.

Avaliadas e seleccionadas as propostas, foram hierarquizadas conforme se apresenta:

**Quadro 3 – Hierarquização das propostas**

Ordem de Entrada da Proposta		Ordem por Classificação Global das Propostas			
Concorrente 1	Escala Cascais	1.º	2.º	3.º	4.º
Concorrente 2	Saúde Cascais	HPP+TD	Escala Cascais	Consis Cascais	Saúde Cascais
Concorrente 3	HPP+TD				
Concorrente 4	Consis Cascais				
<b>Classificação Global</b>		<b>5.71</b>	<b>5.31</b>	<b>5.10</b>	<b>4.00</b>

Fonte: Relatório Final de Avaliação, de 9/06/2006, da Comissão de Avaliação das Propostas – Parcerias.Saúde

Os dois agrupamentos concorrentes<sup>69</sup> com a classificação global das respectivas propostas mais elevada - Escala Cascais e Hospitais Privados de Portugal/Teixeira Duarte - foram convidados a participar na fase das negociações.

### 9.3.2 Desenvolvimento do Procedimento Concursal

O Parecer dos Representantes do Ministro da Saúde, de 26 de Julho de 2004, continha uma previsão para a realização de cada uma das diferentes fases do procedimento concursal<sup>70</sup>. De facto, verificou-se que a realização efectiva de cada fase do concurso extravasou os prazos previstos.

Relativamente à Qualificação dos Concorrentes, fase que precede a avaliação de propostas e que nos termos da lei<sup>71</sup> e do Procedimento de Concurso é realizada pela Comissão de Avaliação de Propostas, verificou-se que, para a sua realização, não foi fixado um prazo no

<sup>68</sup> O anúncio foi enviado para publicação em 30 de Agosto de 2004, para 4 jornais diários (Público, Diário Económico, Jornal de Negócios e Diário de Notícias) e publicado no dia 31 de Agosto de 2004. Foi, ainda, publicado no JOCE, a 2 de Setembro de 2004, e no DR, a 9 de Setembro de 2004.

<sup>69</sup> Vd. Art.º 13.º - Concorrentes -do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.

<sup>70</sup> Vd. Anexo I, Doc. VI deste Relatório.

<sup>71</sup> Vd. N.º1 do art.º 14.º do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto e Decreto-Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril.



Programa de Procedimento, conforme dispõe o art.º 33.º do Dec. Reg. n.º 10/2003, de 28 de Abril. Desta forma, desconhece-se quanto tempo foi dedicado à realização dos trabalhos relativos à qualificação dos concorrentes, já que estes foram realizados conjuntamente com a selecção das propostas, tendo sido despendidos 15 meses no total.

As fases da qualificação e da selecção das propostas tiveram, no conjunto, a duração de cerca de 15 meses, período superior aos 4 meses inicialmente previstos. O mesmo aplica-se quanto à fase da negociação a qual, em Novembro de 2007, decorria há aproximadamente 14 meses, quando, inicialmente, tinham sido previstos para a sua execução 6 meses.

Os atrasos no andamento do procedimento concursal foram objecto da intervenção do Ministro da Saúde<sup>72</sup> que determinou a apresentação de relatórios mensais a informar sobre a evolução dos trabalhos. Neste seguimento, foi elaborado o Relatório – Sistema de Acompanhamento de Projectos PPP (SAP PPP) – Setembro de 2006, pela Parcerias.Saúde, através do qual foi proposto um sistema de monitorização das actividades das várias comissões e grupos de trabalho (SAP), tendo em vista aferir o cumprimento dos prazos fixados para cada projecto. Foi ainda apresentado neste Relatório o ponto de situação sobre o procedimento do NHC e a conclusão sobre a existência de “*deslizes de calendário*”<sup>73</sup> entretanto ocorridos.

Em Novembro de 2007, o procedimento ainda se encontrava na fase de negociação da Minuta do CG com o concorrente classificado em primeiro lugar na fase de negociação competitiva, cujo Relatório Final foi aprovado por Despacho Conjunto n.º 104 do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, de 26 de Fevereiro de 2007 (vd. Anexo I, Doc. VI, do presente Relatório)<sup>74</sup>.

## 9.4 Avaliação da gestão do procedimento concursal

### • Documentação

Os documentos que integram o processo concursal encontram-se guardados nas instalações da Parcerias.Saúde estando organizados por conteúdos, sistematizados e facilmente acessíveis para consulta. O inventário do acervo documental existente permite agilizar a consulta e o manuseamento da documentação<sup>75</sup>.

<sup>72</sup> Vd. Despacho n.º 12 892/2006, de 31 de Maio, publicado no *DR - II Série*, n.º 118, de 21 de Junho.

<sup>73</sup> Cfr. 2.º Relatório das Parcerias.Saúde – “Sistema de Acompanhamento de Projectos PPP- pag. 9 – Vd. Apenso XIV, Volume 7, do Processo de Auditoria.

<sup>74</sup> Cfr. Decreto-Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril.

<sup>75</sup> Inventário Geral do Processo de Contratação do NHC – Documentação relativa ao Concurso n.º 2/2004 para o Novo Hospital de Cascais em Regime PPP. Vd. Apenso VII, Volume 7 do Processo de Auditoria.



- **Grupos de Trabalho, Comissões, Parcerias.Saúde e Consultores**

Através do documento “Síntese das contratações relativas à consultoria especializada no domínio PPP” da Parcerias.Saúde, constatou-se o recurso reiterado à contratação da prestação de serviços de consultoria, assessoria técnica e apoio jurídico, através de ajustes directos<sup>76</sup>, entre 2002 e 2004. Desde então, em 2005 e em 2006, foi utilizado o concurso limitado por prévia qualificação para a referida contratação.

Considera-se que a fundamentação legal para a contratação por ajuste directo não foi a adequada<sup>77</sup>, por se entender que as situações contratuais indicadas não se revestem do carácter invocado de imprevisibilidade, de urgência e de exclusividade<sup>78</sup>, para além de não se adequar às boas práticas<sup>79</sup>, que apontam no sentido de se prestar especial cuidado à escolha de consultores externos de qualidade, o que passa pela escolha de um tipo de procedimento mais competitivo. Assim, devia ter sido utilizado, desde o início, o concurso limitado por prévia qualificação.

Na avaliação e co-preparação preliminar das PPP, os consultores prepararam e desenvolveram os estudos necessários ao exercício das competências, quer do Grupo de Trabalho Interdepartamental<sup>80</sup> quer as relativas à Comissão de Acompanhamento<sup>81</sup> e, posteriormente, à Comissão de Avaliação de Propostas, o que incluiu a fase de negociação competitiva. Esta situação pode ter resultado numa forte dependência por parte da entidade pública contratante e numa quase liderança por parte das entidades consultoras contratadas, considerando que os consultores financeiros e jurídicos prestaram serviços no âmbito das várias fases deste projecto e ainda nos outros projectos do programa de parcerias da 1.ª vaga.

<sup>76</sup> Previsto no Dec. - Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, que estabelece o regime de realização de despesas públicas com a aquisição de bens e serviços.

<sup>77</sup> Situações idênticas foram identificadas no Relatório n.º 568/2006 da Inspeção-Geral de Finanças, remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal em 12 de Setembro de 2007. Vd. Apenso XVI, Volume 8, do Processo de Auditoria. No presente Relatório salientou-se o não cumprimento de procedimentos contratuais mais solenes em obediência ao princípio das boas práticas de gestão de dinheiros públicos. Embora a fundamentação invocada pela Estrutura de Missão Parcerias.Saúde não tenha sido a adequada, o que tornaria ilegal as referidas contratações, sempre as mesmas poderiam ter sido enquadradas no disposto no art.º 38.º do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, razão por que não foram consideradas eventuais infracções financeiras.

<sup>78</sup> Ao abrigo das alíneas c) e d), do n.º 1 do art.º 86.º do Dec. - Lei n.º 197/99, de 8 de Junho.

<sup>79</sup> Análise realizada nos termos da *Guideline 26 – Nomeação dos Consultores* – INTOSAI, 2001. *A Estrutura de Missão Parcerias.Saúde* informou, em sede de contraditório, ter tomado durante o ano de 2007 diversas medidas visando: “melhorar o controlo de qualidade dos serviços prestados pelos consultores; melhorar a capacidade para transferir com êxito para o Ministério da Saúde conhecimentos e competências sobre os processos específicos de parcerias público-privadas; assegurar o envolvimento tão cedo quanto possível da futura entidade pública contratante (EPC) e reforçar a ligação entre a CAP e os organismos e entidades do MS com experiência nas diversas áreas de conhecimento necessárias à negociação do contrato e à sua futura gestão.”

<sup>80</sup> Despacho n.º 12363/2004, de 24 de Junho, do Ministro da Saúde, DR-II série, n.º 147, de 24 de Junho.

<sup>81</sup> Despacho Conjunto n.º 370/2004, de 13 de Maio, publicado no DR-II série, n.º 145, de 22 de Junho.



As boas práticas de gestão aconselham a segregação de funções considerando que a participação dos mesmos consultores nas diversas fases coloca em causa a transparência, o controlo, a salvaguarda do interesse público e poderão gerar potenciais conflitos de interesses<sup>82</sup>.

*Em sede de contraditório a Parcerias.Saúde refere que “considerando a elevada complexidade dos estudos e processos concursais aplicáveis a parcerias público-privadas na Saúde, entende-se que o benefício potencial de segregar funções, (...), não é, em princípio, compensado pelo aumento de custo e de prazo resultante do investimento que um consultor diferente teria para absorver toda a informação de enquadramento do concurso e a sua complexa documentação (...). Esta opção apresentaria riscos claros de perda de eficiência e eficácia.”*

Face ao argumento apresentado, considera-se que o recurso a consultores externos devia ser precedido da ponderação dos princípios da segregação de funções e da eficiência, tendo em conta a prevalência daquele que, no caso em apreço, melhor defende o interesse público.

- **Constrangimentos**

Inicialmente, os trabalhos da Comissão de Avaliação das Propostas não estavam organizados com base numa calendarização<sup>83</sup>. A justificação prestada pelo Presidente da Comissão baseou-se nos constrangimentos resultantes da complexidade e multidisciplinaridade das matérias face à limitação do domínio técnico dos membros da Comissão, e, também, à impossibilidade de definição das tarefas diárias e às dificuldades de agendamento dos trabalhos em função da disponibilidade dos membros da Comissão.

A Comissão recorreu aos conhecimentos especializados dos consultores externos contratados pelo Encarregado de Missão da Parcerias.Saúde em representação do MS<sup>84</sup> no sentido de atender aos vários domínios técnicos envolvidos no procedimento concursal.

O Estudo Estratégico Económico-Financeiro, bem como as peças concursais, foram exclusivamente desenvolvidas pelos referidos consultores externos, nomeadamente o Programa de Procedimento, o Caderno de Encargos, o Relatório de Qualificação das Propostas, o Relatório Final de Avaliação e o Relatório Final da Negociação Competitiva, especialmente quando se tratava de trabalhos técnicos em áreas especializadas fora do alcance do domínio técnico dos elementos responsáveis pela sua elaboração, o que também revelou nesta fase do projecto, a preponderante intervenção assumida pelos consultores externos.

<sup>82</sup> Cfr. Guideline 15 - Nomeação de Consultores Guidelines on Best practice for the Audit for PPP, 2001; Guideline B.7 – “Guidelines on Best Practice for the Audit of Risk in Public/Private Partnership (PPP)”, 2004.

<sup>83</sup> Cfr. Guideline 19 – Calendarização do Projecto, da INTOSAI, 2001.

<sup>84</sup> Nos termos dos n.ºs 5 da RCM n.º 162/2001, de 16 de Novembro, o Encarregado de Missão tem competências equivalentes às de órgão máximo de organismo com autonomia administrativa e financeira para a realização de despesas e aquisição de bens e serviços.



A participação dos consultores externos também na fase das negociações acentuou a forte dependência da entidade pública em relação aos mesmos, permitindo-lhes atingir uma posição de “quase liderança” do projecto.

## 9.5 Critérios de Apreciação das Propostas (Avaliação e Negociação)

### • Fase de Avaliação

Os critérios de avaliação das propostas, definidos no Programa de Procedimento, e os sub-critérios estabelecidos pela Comissão de avaliação das propostas<sup>85</sup> ponderaram a dicotomia preço/qualidade na ordem de 40% e 45%, respectivamente<sup>86</sup>.

Verificou-se<sup>87</sup> que a Comissão de Avaliação das propostas procedeu à avaliação da capacidade técnica, económica e financeira dos concorrentes admitidos, nos termos previstos no artigo 34.º do Programa de Procedimento.

A avaliação da capacidade técnica dos concorrentes incidiu sobre as qualificações técnicas e a experiência revelada face à exigida ao exercício das actividades objecto do contrato<sup>88</sup>.

Relativamente à capacidade económica e financeira, a avaliação centrou-se na capacidade de gerar ou assegurar os meios necessários ao desenvolvimento das actividades constantes do contrato.

Face ao resultado da aplicação dos critérios de selecção e factores de ponderação foram seleccionados dois dos quatro concorrentes anteriormente qualificados: o “Agrupamento Escala Cascais” e o “Agrupamento Hospitais Privados de Portugal/Teixeira Duarte”, que obtiveram, respectivamente, a pontuação de 5,31 e 5,71 (vd. Anexo I, Doc. VII ao presente documento). Estes concorrentes passaram à fase da Negociação Competitiva, cuja fundamentação é apresentada no relatório final<sup>89</sup> com a ponderação das observações feitas pelos concorrentes em sede de audiência prévia.

<sup>85</sup> Cfr. Art.º 35.º do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.

<sup>86</sup> Cfr. a *Guideline 37 – Escolha do concorrente – INTOSAI, 2001*. A questão da definição dos critérios de avaliação com base no preço/qualidade foi anteriormente objecto de análise pelo TC, nomeadamente no Relatório n.º 14/03 – 2.ª Secção – Auditoria às concessões rodoviárias em regime de portagem SCUT, cuja recomendação vai no sentido de “... os critérios de apreciação das propostas sejam compostos por um trade off de preço e qualidade e não por critérios exclusivamente financeiros.”

<sup>87</sup> Nos termos das Guidelines 33 e 35 da INTOSAI, 2001 – Avaliação financeira das propostas e avaliação da solidez financeira dos concorrentes.

<sup>88</sup> Cfr. Art.º 34.º do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.

<sup>89</sup> Vd. art.º 36.º, n.º 5, do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.



- **Negociação competitiva**

As negociações decorreram de forma sucessiva e alternada entre a EPC e cada um dos dois concorrentes seleccionados. Esta fase correspondeu a uma forma de negociação que permitiu manter a pressão competitiva entre os concorrentes<sup>90</sup>.

No cômputo da avaliação das alterações das propostas<sup>91</sup> o agrupamento concorrente HPP-Hospitais Privados de Portugal, SGPS, SA (Entidade Gestora do Estabelecimento) e a Teixeira Duarte – Engenharia e Construções, SA. (Entidade Gestora do Edifício), obteve a classificação mais elevada, em especial no que respeitou aos critérios da qualidade técnica do novo edifício hospitalar, do grau de risco assumido e do valor actual líquido mais baixo, considerando o Cenário Base.

A proposta vencida obteve melhor pontuação nos sub-critérios de avaliação, relativos à abrangência, coerência e qualidade das propostas de instalação e exploração do Estabelecimento Hospitalar e da exploração do Novo Edifício e prazo de execução do projecto.

Verificou-se que ambas as propostas obtiveram a mesma pontuação final em resultado da aplicação do critério da solidez da estrutura empresarial, contratual e financeira<sup>92</sup>.

No decurso da fase das negociações, foi lavrada acta por cada sessão<sup>93</sup>, com referência aos elementos da agenda, data, local e presenças<sup>94</sup>, em cumprimento dos requisitos de forma legalmente previstos.

No final da negociação entre os dois concorrentes foi elaborado um relatório<sup>95</sup>, que integrou as apreciações sobre a reavaliação de cada objecto reformulável das matérias levadas à negociação e apresentou o resultado da avaliação das propostas. As negociações respeitaram os elementos essenciais do concurso, nomeadamente os elementos previstos no Programa de Procedimento e Regulamento da Negociação Competitiva<sup>96</sup>.

Já no final desta fase, foi produzido um Relatório<sup>97</sup>, com a avaliação global das propostas dos concorrentes resultante das sessões de negociação, o qual também integrou as apreciações sobre a reavaliação de cada objecto reformulável das matérias das propostas levadas a negociação.

<sup>90</sup> Cfr. a *Guideline 23* – Manutenção da Pressão Competitiva – INTOSAI, 2001.

<sup>91</sup> Vd. Anexo I, Doc. VII deste relatório.

<sup>92</sup> Cfr. Guidelines 33 e 35 – Avaliação financeira das propostas e avaliação da solidez financeira dos concorrentes da INTOSAI, 2001.

<sup>93</sup> Nos termos do artigo 40.º do Anexo ao Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril.

<sup>94</sup> Vd. Cláusula n.º 40.ª do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.

<sup>95</sup> Vd. Cláusula n.º 41.ª do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.

<sup>96</sup> Documento elaborado ao abrigo do art.º 37 e seguintes do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.

<sup>97</sup> Vd. Cláusula n.º 41 do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.



- **Negociação da Minuta do CG**

Por Despacho Conjunto dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, de 26 de Fevereiro de 2007, foi aprovado o Relatório Final da Fase da Negociação Competitiva<sup>98</sup> referido no ponto anterior. Desde então tem vindo a decorrer a negociação da Minuta do CG, com o concorrente cuja proposta ficou classificada em primeiro lugar a qual, em Novembro de 2007, decorria há nove meses<sup>99</sup>.

## 10 COMPARADOR PÚBLICO: CONCEITO, FINALIDADE E VALOR

- **Conceito**

A LEO, no seu artigo 19.º, refere que “A avaliação da economia, da eficiência e da eficácia de programas com recurso a parcerias dos sectores público e privado tomará como base um programa alternativo visando a obtenção dos mesmos objectivos com exclusão de financiamentos ou de exploração a cargo de entidades privadas, devendo incluir, sempre que possível, a estimativa da sua incidência orçamental líquida”.

Esta disposição veio consagrar o princípio segundo o qual a parceria apenas se justifica quando se revelar vantajosa em confronto com o comparador do sector público, princípio esse reiterado na alínea c) do art.º 6.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril.

No entanto, não existe uma fórmula legal prescrita que especifique o referido “comparador público”, entendendo-se que os critérios utilizados devem ser definidos casuisticamente e com correlativa discricionariedade, própria da avaliação que lhe está subjacente.

No caso em apreço o comparador público traduziu-se no cálculo do designado “Custo Público Comparável” (CPC)<sup>100</sup> que corresponde a uma estimativa do custo provável do projecto do Hospital de Cascais, caso este fosse desenvolvido pelo sector público, em moldes tradicionais, isto é, caso o Estado o implementasse, financiando-o directamente e assumindo os riscos inerentes de concepção, construção e exploração.

O CPC corresponde ao Valor Actualizado Líquido do conjunto de fluxos de investimento e de exploração estimados para desenvolvimento e execução do projecto, incorporando um objectivo previsível de ganhos de eficiência pelo sector público.

<sup>98</sup> Em cumprimento do n.º 5 do art.º 41.º do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.

<sup>99</sup> Cfr. Guideline 38 – INTOSAI, 2001 – Alterações durante as negociações com o concorrente escolhido.

<sup>100</sup> O Custo Público Comparável foi calculado pelo consultor, Banco BPI, S.A., “considerando os elementos fornecidos (i) pela Direcção Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde, no que concerne aos custos de investimento, (ii) pelo IGIF e, directamente, pelo Centro Hospitalar de Cascais e pelos hospitais de São Sebastião, Vale do Sousa e Vila Franca de Xira, no que respeita aos custos operacionais”. Vd. Apenso I, Volume 2, do Processo de Auditoria.



- **Finalidade**

O CPC é utilizado para avaliar a economia, eficiência e eficácia da realização da parceria, mediante a sua comparação com os valores das propostas que os concorrentes apresentam no contexto dos procedimentos de contratação. O custo da proposta privada não deverá ser superior ao Custo Público Comparável, reservando-se o Estado no direito de extinguir o Procedimento Concursal ou de não adjudicar a parceria<sup>101</sup>, caso o valor global actual líquido dos pagamentos a efectuar pelo Estado no âmbito da melhor proposta seja superior ao valor do CPC, conforme se explicitou no Programa de Procedimento deste Concurso<sup>102</sup>.

Portanto, o CPC constitui uma referência para efeitos de comparação e selecção das propostas e considerando que a economia, eficiência e eficácia do projecto constituem critérios que fundamentam a demonstração do interesse público, o valor da proposta que vier a ser adjudicada não deve situar-se acima do CPC.

- **Valor Global**

O custo total expectável do projecto<sup>103</sup> ascende a cerca de 642,7 milhões de euros em termos nominais, correspondendo o CPC ao seu valor actualizado líquido (VAL)<sup>104</sup>, o qual resultou em 408,8 milhões de euros, com referência a Janeiro de 2005.

Enquanto que o valor nominal traduz o valor estimado do projecto no momento do pagamento, o valor actual corresponde ao valor do projecto num momento anterior ao pagamento, neste caso a Janeiro de 2005.

<sup>101</sup> Cfr. Art. 12.º, n.º 1, alínea c), do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, na redacção dada pelo art.º 17.º do Dec.-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril e art.ºs 43.º a 45.º do Anexo ao Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de Abril.

<sup>102</sup> Cfr. n.º 3 do artigo 44.º do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.

<sup>103</sup> Sem prejuízo das reservas formuladas no ponto 5 deste Relatório.

<sup>104</sup> O valor actualizado líquido resulta da aplicação da taxa de desconto nominal ao valor nominal. A actualização destes fluxos, entre a data projectada para a sua ocorrência e o momento actual, foi efectuada através da aplicação da taxa de desconto nominal de 6,08% (resultante da taxa de inflação e da taxa de desconto real, fixadas pelo despacho n.º 13 208/2003 (2ª série) da Ministra de Estado e das Finanças, publicado no dia 7 de Julho).

A taxa de desconto nominal obtém-se através da Equação de Fisher traduzida pela seguinte fórmula: Taxa de desconto nominal =  $[(1 + \text{taxa de desconto real}) \times (1 + \text{taxa de inflação})] - 1$

$VAL = -Inv + \sum_{k=0}^n \frac{CashFlow_k}{(1+TA)^k}$ ; TA – Taxa de Actualização; n – n.º de anos do projecto de investimento.

Sendo a Taxa de Actualização=Taxa de Desconto Nominal.



## Quadro 4 - Custo Público Comparável desagregado

Unidades: milhares de euros

Decomposição do CPC	Valor Nominal	VAL
CHC- período de transição	91.742,10	80.338,30
NHC – Infra-estrutura	167.052,60	80.700,50
NHC - Clínica	383.895,70	247.713,10
Total	642.690,40	408.751,90

Fonte: Estudo estratégico económico-financeiro.

Para que se verifiquem ganhos de eficiência para o Estado o valor da proposta a adjudicar deverá ser inferior ao CPC de 408,8 milhões de euros.

### • *Estrutura, Pressupostos e Metodologia do CPC*

O CPC reflecte a construção de um plano de investimento<sup>105</sup> em que se estrutura e desenvolve o projecto do Hospital como se fosse o Estado a concretizá-lo. Este plano de investimento foi estruturado da seguinte forma:

- Actividade<sup>106</sup> e respectivo desempenho económico-financeiro do Centro Hospitalar de Cascais;
- Actividade e respectivo desempenho económico-financeiro dos hospitais de referência<sup>107</sup>;
- Harmonização das contas dos hospitais de referência para possibilitar a sua comparabilidade;
- Estudos conexos (vg. estudo sobre a evolução demográfica).

No estudo preparatório para a elaboração do plano de investimento foi estabelecido um conjunto de pressupostos<sup>108</sup>: um correspondente ao período de transição (2006-2007)<sup>109</sup> e outro correspondente ao da entrada em exploração do novo hospital<sup>110</sup>.

Para se chegar a um valor de referência que permitisse a comparação com as propostas dos concorrentes, foi utilizado o método dos *Cash flows* descontados. Nesse sentido, foram

<sup>105</sup> Cfr. *Guideline 14 – Outline Business Case* – INTOSAI, 2001.

<sup>106</sup> Foi projectada actividade de Internamento, Urgência, Hospital de Dia Médico e Consulta Externa.

<sup>107</sup> Conjunto de hospitais com maior grau de comparabilidade relativamente ao novo Hospital de Cascais. Foram escolhidos os seguintes hospitais: Hospital de São Sebastião, Hospital de Vila Franca de Xira, Hospital de Vale do Sousa.

<sup>108</sup> Vd. Anexo I, Doc.s IX e X deste Relatório.

<sup>109</sup> A Entidade Gestora do Estabelecimento entra em funcionamento no período de transição, repartindo-se a sua actividade entre o actual e o futuro hospital de Cascais, (2 e 8 anos respectivamente).

<sup>110</sup> Vd. Anexo I, Doc. X deste Relatório. Na sequência do estudo da actividade do CHC foi definido um conjunto de pressupostos que incidiu sobre: custos de investimento; receitas de terceiros; evolução do custo CEVC; evolução dos FSE; custos com pessoal; evolução dos custos operacionais globais por *input*; evolução dos custos operacionais globais por *output*.



calculados os custos de investimento e os custos e receitas de exploração, para o período de duração da parceria. Aos cálculos anteriormente referidos foi aplicada a taxa de desconto nominal, no sentido de se obter o VAL<sup>104</sup> daqueles montantes.

- **Projecto do Novo Hospital**

Para o projecto do NHC as estimativas basearam-se no investimento por cama de acordo com a base de dados da DGIES, tendo sido projectada uma dimensão para o edifício hospitalar de 251 camas em 2008 expansíveis até 256 camas em 2015, considerando as necessidades da área geográfica de influência.

Para o cálculo da produção do futuro Hospital de Cascais (NHC), os consultores recorreram a projecções baseadas na actividade hospitalar histórica quer do CHC<sup>111</sup> quer de um grupo de referência de três outros hospitais (S. Sebastião; Vila Franca de Xira e Padre Américo – Vale do Sousa), considerando as seguintes linhas de produção: internamento; urgência; hospital dia-médico e consulta externa<sup>112</sup>.

O cálculo dos custos de exploração resultou da multiplicação do volume da actividade por linha de produção pelos custos unitários base, tendo sido estimado um orçamento global que considerou um quadro de pessoal a tempo inteiro, Custo das Existências Vendidas e Consumidas (CEVC) e Fornecimentos e Serviços Externos (FSE).

No que respeita às receitas foi considerado o peso das receitas de terceiros nos custos operacionais dos hospitais<sup>113</sup> de referência que, actualmente, prestam cuidados hospitalares à população da Área de Influência do NHC.

- **Período de transição**

No período de transição o investimento será apenas de reposição da capacidade produtiva e operacional do CHC.

A projecção dos custos de exploração teve por base a *performance* histórica do período 2001-2003, ao nível da estrutura de custos e de pessoal, incorporando ganhos de eficiência nos CEVC e da renegociação de contratos de *outsourcing*, deduzindo ao orçamento global 12,9% correspondentes a receitas de terceiros.

---

<sup>111</sup> Internamento, Urgência, Hospital de Dia Médico, Consulta Externa, acrescida no NHC da linha Cuidados Continuados.

<sup>112</sup> Os Hospitais do Grupo de Referência são um conjunto de Hospitais considerados comparáveis (pelo número de camas, nível de actividade, complexidade da actividade) e eficientes. O Grupo foi determinado com base numa análise dos hospitais distritais com uma lotação entre 200 e 380 camas e dotados de urgência médico-cirúrgica, tendo em vista apurar as unidades hospitalares mais eficientes. Para este efeito, foi utilizada uma bateria de indicadores de produtividade no internamento, consulta externa e urgência, bem como uma comparação dos custos unitários em cada área de produção, ajustados pela complexidade. Cfr. Ficha Técnica do CPC, pp 10. Vd. Apenso I, Volume 2 do Processo de Auditoria.

<sup>113</sup> Centro Hospitalar de Cascais; Hospital Egas Moniz e o Hospital S. Francisco Xavier.



- *Observações e Pontos críticos do modelo de CPC*

O CPC enquanto valor de referência incorporou globalmente os ganhos de eficiência considerados ao tempo exigíveis no contexto dos hospitais do SNS. Esses ganhos de eficiência resultaram objectivamente da escolha dos três hospitais que então apresentavam os melhores desempenhos e que integravam o denominado grupo de referência<sup>114</sup>. Para além disso, os consultores introduziram ainda ajustamentos no sentido de incrementar ganhos de eficiência do grupo de referência<sup>115</sup>.

Nos pressupostos relativos ao cálculo da despesa foram introduzidos factores de eficiência aos dados relativos aos hospitais públicos de referência. O mesmo não se verificou no que se refere às receitas de terceiros, uma vez que foram tidos em conta os valores historicamente registados em média nos hospitais que actualmente servem a população de Cascais, nomeadamente o CHC, S. Francisco Xavier e Egas Moniz.

A comparabilidade da informação respeitante quer aos hospitais do grupo de referência quer aos hospitais que foram utilizados para a previsão das receitas suscita alguma incerteza, em virtude de terem sido utilizadas pelos consultores diferentes formas de validação da informação, susceptíveis de condicionar o valor do CPC apurado. Esta situação foi mencionada pelos consultores nas condicionantes relativas à construção do CPC<sup>116</sup>.

Relativamente ao valor a pagar pela EG do Estabelecimento como contrapartida pela transmissão do estabelecimento hospitalar existente de 15 milhões de euros, desconhece-se a existência da fundamentação técnica para o cálculo deste valor, considerando o previsto nos artigos 17.º e 18.º do CE e da informação constante do Anexo 15, o qual não atribuiu qualquer valor ao inventário dos equipamentos, mas apenas às existências, cerca de 1,2 milhões de euros, e um valor total associado às remunerações com o pessoal, cerca de 952 mil euros (Vd. ponto 10 deste Relatório).

---

<sup>114</sup> Situação reiterada nos rankings constantes de “Avaliação do modelo empresarial adoptado no SNS: período 2001-2004, GANEC, Apenso ao Relatório do TC n.º 20/06, de 29 de Setembro; no relatório respeitante aos “Resultados da avaliação dos hospitais SA” produzido pela Comissão de Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima, de 8 de Dezembro de 2005; “Avaliação da Eficiência e da Qualidade em Hospitais EPE e SA produzido pelo grupo de trabalho sobre indicadores de monitorização de hospitais SA e Centros de Saúde, da DGS, de Setembro de 2005. Por sua vez, o CHC ocupa reiteradamente os últimos lugares nos rankings de eficiência divulgados, isto é entre os (5) menos eficientes.

<sup>115</sup> Por exemplo: o cálculo do número de camas baseou-se numa demora média de 5 dias (excluindo episódios com zero dias de internamento, recém nascidos e SO's). Este nível de demora média representou menos 13,2% do que a média das demoras das três unidades hospitalares do Grupo de Referência.

<sup>116</sup> Cfr. Estudo Estratégico, Ponto 7.6., pag. 163. Por exemplo, a informação respeitante ao grupo de hospitais de referência devia ter sido validada ou obtida em resultado de auditorias, tal como sucedeu em relação ao CHC. Vd. Apenso I, Volume 2, do Processo de Auditoria.



## 11 MATRIZ DE RISCO DO ESTADO CONCEDENTE

### 11.1 Observações à Matriz de Risco

De acordo com as boas práticas internacionalmente conhecidas no âmbito da auditoria a PPP<sup>117</sup>, a entidade auditora deve verificar se a EPC estudou antecipadamente a alocação de riscos inerente à concretização da parceria. Neste sentido, foi solicitado à Estrutura de Missão Parcerias.Saúde a Matriz de Risco do projecto. O documento fornecido data de Dezembro de 2005, data esta posterior ao lançamento do concurso (Agosto de 2004) permitindo concluir que a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde não estudou antecipadamente uma adequada alocação de cada um dos riscos do projecto.

A Matriz de Risco elaborada pela Estrutura de Missão baseou-se essencialmente na informação do Caderno de Encargos, não valorizando, nem ponderando cada um dos riscos, considerando apenas a sua probabilidade de ocorrência e impacto. Esta situação impossibilita avaliar, em termos monetários, se a sua transferência terá sido otimizada. Assim, não foi possível aferir o custo da transferência de riscos e a sua ponderação em termos de VFM do projecto<sup>118</sup>.

Por outro lado, a falta de valorização da transferência dos riscos impede a percepção dos impactos que os mesmos possam vir a provocar na actividade dos parceiros privados e desse modo, também, dificulta a percepção das circunstâncias que, no limite, venham a prejudicar os requisitos do serviço público por eles realizado.

A falta de valorização da transferência dos riscos também limita o acompanhamento que a entidade pública contratante venha a desenvolver posteriormente na fase de execução dos contratos<sup>119</sup>, pelo Gestor do Contrato e pela Comissão de Acompanhamento.

*Em contraditório, a Parcerias.Saúde vem esclarecer que “ O documento matriz de risco detalhada, de Dezembro de 2005, inclui no seu ponto 2 a listagem de 113 riscos na esmagadora maioria dos quais é feita uma remissão para os artigos do Caderno de Encargos com eles relacionados, bem como uma matriz de alocação de risco em que se define se este é retido ou transferido para alguma das duas entidades gestoras. Finalmente, essa matriz indica também qual a estratégia de mitigação bem como se o seu efeito é total ou parcial.*

*O documento é, assim, uma explicitação e sistematização da alocação de riscos subjacente ao Caderno de Encargos resultante dos estudos efectuados atempadamente, incluindo a informação recolhida sobre outros projectos de parcerias.*

*A valorização dos riscos de facto não foi efectuada devido quer à complexidade quer à ausência de modelos de avaliação de riscos relativos à actividade de prestação de cuidados*

<sup>117</sup> Vd. *Guideline 12 – Avaliação do risco – da INTOSAI, 2001.*

<sup>118</sup> Vd. *Guideline 34 – Avaliação da alocação de risco – da INTOSAI, 2001.*

<sup>119</sup> Vd. *Guideline D 20 – Monitorização do interesse público durante a parceria – da INTOSAI, 2004.*



*de saúde em ambiente hospitalar, nomeadamente os inerentes à evolução de protocolos clínicos de aplicação imperativa”.*

Da análise das alegações verifica-se que a Parcerias.Saúde, embora refira que a construção da matriz de risco resulta da elaboração das peças concursais, confirma que a data da construção daquela matriz é posterior ao lançamento do concurso.

Conclui-se, ainda, que a Parcerias.Saúde não apresentou qualquer motivo ou justificação para não ter procedido à valorização dos riscos não directamente relacionados com a prestação de cuidados de saúde.

Relativamente aos riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde, e sem pôr em causa a dificuldade da sua valorização, entende-se que a Parcerias.Saúde poderia ter aproveitado a recolha de informação no âmbito da elaboração do CPC para reunir dados que lhe permitissem valorizar aqueles riscos. Neste sentido, salienta-se que a não valorização dos riscos impossibilita uma avaliação da optimização da sua transferência, em termos de VFM do projecto, condicionando assim a demonstração da eficiência na distribuição de riscos, efectuada pela EPC.

Observa-se, ainda, que os riscos de concepção e construção foram transferidos para os parceiros privados prevenindo-se desse modo que o Estado assumira os encargos com trabalhos a mais, revisão de preços, encargos adicionais de Estaleiro, expropriações e custos indirectos adicionais (Vd. Anexo XIII do relato).

Relativamente ao Financiamento a obter pela EG do Edifício, nos termos das minutas dos contratos de financiamento<sup>120</sup> o risco estaria repartido entre a EPC e a EG do Edifício, na medida em que o Estado participaria no esforço de financiamento ao admitir a hipoteca do direito de superfície do terreno onde será edificado o NHC, a transmitir gratuitamente para a EG do Edifício o que desvirtuaria o modelo adoptado na componente do risco de financiamento.

Porém, no exercício do contraditório, a Parcerias.Saúde refere que irá adequar as minutas dos contratos de financiamento no sentido de que a hipoteca a constituir não incida sobre o direito de superfície dos terrenos do novo edifício hospitalar. A confirmar-se esta situação, o risco será transferido para a EG do Edifício. (Vd. Pontos 7.2, 8 e Anexo I, Doc. XIII do Relatório).

Quanto à repartição de benefícios a EG do Edifício terá de partilhar com a EPC os benefícios provenientes da modificação das condições de financiamento e refinanciamento. Para além disso, todas as receitas comerciais de terceiros também serão partilhadas com a EPC.

<sup>120</sup> Cfr. Anexos à Minuta do CG. Vd. Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.



## 11.2 Identificação dos Riscos da EPC

A análise da Matriz de Risco<sup>121</sup> foi feita à luz da legislação e das peças concursais deste projecto, nomeadamente o Caderno de Encargos e a Minuta do Contrato de Gestão e, ainda, tendo em conta o Estudo Estratégico. Assim, de entre os riscos decorrentes da concretização desta parceria destacam-se aqueles que se mantêm na esfera pública, isto é da EPC, considerando as suas eventuais implicações.

- **Risco ambiental**

Não foram consultadas as autoridades ambientais sobre a necessidade de realização de uma avaliação de impacto ambiental. Tal facto impediu uma ponderação do risco e seus impactos, designadamente ao nível dos atrasos que possam implicar no desenvolvimento do projecto e potenciais encargos adicionais.

A incerteza resultante da necessidade de realização desse estudo permanece, apesar da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde ter obtido um parecer jurídico da Sociedade de Advogados Barrocas, Sarmento, Neves, que concluiu não existir “*sujeição legal automática à AIA em razão de não ter existido uma operação de loteamento e a área de implantação não exceder os 10 hectares (...) só existirá sujeição se, administrativamente, e de acordo com a margem da sua livre apreciação, os entes com competência assim o determinarem por considerarem que o projecto envolve riscos significativos para o ambiente*”<sup>122</sup> (Vd. ponto 7.2 deste Relatório).

- **Riscos associados à transmissão do estabelecimento do CHC**

No que se refere à transmissão do estabelecimento, existe um risco associado à gestão dos activos e passivos que, à data da transmissão, integrem o balanço do CHC. Tendo em conta o Caderno de Encargos<sup>123</sup> e a Minuta do CG<sup>124</sup>, o CHC transmite para a EG do Estabelecimento todos os activos e relações jurídicas existentes no momento da transmissão, exceptuando-se os créditos, as disponibilidades monetárias e as dívidas (com excepção das resultantes da transmissão de situações jurídicas laborais e de prestações já executadas ou facturadas pelo credor, à data da transmissão do estabelecimento). O risco associado à gestão daqueles créditos, disponibilidades monetárias e dívidas continuará na esfera do sector público.

Para além disso, a EPC receberá da EG do Estabelecimento, no início do contrato, o montante de 15 milhões de euros, que será objecto de um acerto, a favor da EPC ou da EG

<sup>121</sup> Vd. Anexo I, Doc. XI deste Relatório.

<sup>122</sup> Cfr. Ponto 20 do parecer da sociedade de advogados Barrocas, Sarmento, Neves, pp. 6. Vd. Apenso XI, Volume 7, do Processo de Auditoria.

<sup>123</sup> Cfr. Artigo 17.º n.ºs 5 e 6 do CE. Vd. Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>124</sup> Cfr. Cláusula 55.ª n.ºs 1, 3, 4, 5 e 6 da Minuta do CG. Vd. Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.



do Estabelecimento, após a transmissão do Estabelecimento Hospitalar<sup>125</sup>, em resultado das diferenças apuradas entre os valores do relatório da auditoria e os valores do inventário constantes do anexo 15 do CE. Esta situação gera uma incerteza que poderá, eventualmente, implicar um aumento de despesa para o Estado, no caso de se verificarem discrepâncias acentuadas a favor da EG, tanto mais que o inventário dos equipamentos não foi valorizado (Vd. ponto 10).

- ***Acompanhamento da Parceria***

O acompanhamento e a gestão do CG devem ser exercidos tendo em conta a complexidade do CG e o histórico de problemas no acompanhamento do CG do HFF. Neste sentido, o acompanhamento e a gestão do contrato devem ser particularmente cuidados, de forma a não comprometer a correcta execução do CG, quer em termos financeiros quer ao nível da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população que integra a área de influência do hospital.

Todo o clausulado da Minuta do CG respeitante à gestão e acompanhamento (remissão para o ponto 8) deverá ser entendido como a base do modelo<sup>126</sup> e, por isso, não deverá prescindir-se do desenvolvimento de manuais de procedimentos específicos, para cada um dos intervenientes. Importa, ainda, sublinhar a necessidade de a parametrização dos sistemas de informação ser compatível com a dos hospitais do SNS<sup>127</sup>, em especial com os que venham a ser considerados no grupo de referência, de modo a assegurar a comparabilidade dos dados e indicadores, bem como viabilizar o acompanhamento e controlo da execução do contrato.

O deficiente acompanhamento e gestão do contrato poderá conduzir à imputação ao Estado de riscos que tenham sido posicionados na esfera dos parceiros privados.

### **11.3 Critérios de Reposição do Equilíbrio Financeiro**

A reposição do equilíbrio financeiro é um mecanismo comumente previsto nos contratos de PPP tendo como finalidade fazer face a uma alteração significativa das condições financeiras de desenvolvimento do contrato.

<sup>125</sup> Nos termos do n.º 2 do art.º 18.º do CE, no prazo máximo de três meses após a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar para a EG do Estabelecimento, será concluído um relatório, elaborado por uma empresa de auditoria designada de comum acordo, no qual deverá constar pelo menos um inventário de existências, inventário de equipamentos e inventário da situação de pessoal a cargo do Hospital e da respectiva situação laboral. Nos termos da Minuta do CG, os valores referentes a estes ajustamentos só poderão ser objecto de compensação, depois de aprovados pelo Ministro da Saúde. Vd. Apenso II, Volume 3 do Processo de Auditoria.

<sup>126</sup> Cfr. Artigos 85.º a 94.º do CE e Capítulo IV Cláusulas 109.ª-111.ª da Minuta do CG. Vd. Apenso II, Volume 3 e Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.

<sup>127</sup> Vd. Art.º 39.º do CE e Anexo 6 do CE, n.º 9 da Cláusula 132.ª e n.º 7 da Cláusula 138.ª da Minuta do CG. Apenso II, Volume 3 e 3-A e Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.



Na Minuta do CG<sup>128</sup> existe a possibilidade das EG solicitarem a reposição do equilíbrio financeiro, nos seguintes casos:

- Verificar-se uma modificação unilateral do conteúdo das obrigações contratuais das Entidades Gestoras, imposta pela EPC;
- Ocorrência de casos fortuitos ou de força maior que tenham um impacto directo e substancial no equilíbrio financeiro do CG e que não se encontrem abrangidos pelas obrigações ou riscos contratualmente assumidos pelas EG;
- Alterações legislativas de carácter específico com impacto directo nas actividades objecto do CG, que se traduzam em perda de receitas ou em acréscimo de despesas.

A EPC pode proceder às modificações das obrigações contratualmente previstas sem que haja lugar à reposição do equilíbrio financeiro, nas seguintes situações, relativamente à EG do Estabelecimento<sup>129</sup>:

- A determinação unilateral, pela EPC, da produção prevista;
- A determinação unilateral, pela EPC, do valor previsível da parcela a cargo do SNS relativa à Entidade Gestora do Estabelecimento, conforme cláusula 47.<sup>a</sup> da Minuta do CG;
- A revisão pela EPC dos Parâmetros de Desempenho, nos termos e limites contratualmente previstos.

Em relação à EG do Edifício a EPC pode determinar unilateralmente o valor previsível da remuneração base anual da EG do Edifício, bem como a revisão dos Parâmetros de Desempenho da EG do Edifício, nos termos contratualmente previstos nas cláusulas 105.<sup>a</sup> e 108.<sup>a</sup> da Minuta do CG.

Relativamente à EG do Estabelecimento, a reposição do equilíbrio financeiro apenas poderá verificar-se quando, em consequência do impacto negativo dos factores supracitados, a TIR accionista da EG tenha uma redução superior a 0,5% relativamente ao Caso Base.

No que concerne à EG do Edifício, a reposição do equilíbrio financeiro poderá ocorrer quando se verifique uma redução da TIR accionista em mais de 0,1%, face ao previsto no Caso Base ou uma redução do valor mínimo do Rácio de Cobertura Anual do Serviço da Dívida em mais de 0,1, tendo em conta o previsto no Caso Base.

<sup>128</sup> Cfr. al. b) do n.º 1 do art.º 97.º do CE e Cláusula 130.º da Minuta do CG. Vd. Apenso II, Volume 3 e Apenso IV, Volume 5, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>129</sup> Cfr. al. b) do n.º 1 do art.º 97.º do CE e Cláusula 130.º da Minuta do CG. Vd. Apenso II, Volume 3 e Apenso IV, Volume 5, respectivamente, do Processo de Auditoria.



As consequências do processo de reposição do equilíbrio financeiro serão, para a EG do Estabelecimento, as seguintes:

- Renegociação dos preços unitários por escalão<sup>130</sup>;
- Atribuição de compensação financeira directa, em prestações periódicas ou em prestação única.

Para a EG do Edifício, a reposição do equilíbrio financeiro resultará nas seguintes situações:

- Atribuição de compensação directa, paga em prestações periódicas ou em prestação única;
- Modificação do prazo de vigência do contrato;
- Uma combinação das modalidades supracitadas ou outra forma acordada entre as partes.

Observa-se que a Minuta do CG contém no clausulado (cláusula 130.<sup>a</sup>) o procedimento relativo à reposição do equilíbrio financeiro, bem como as condições em que a reposição deva ocorrer sem acordo das partes. Por outro lado, o recurso a este mecanismo não poderá pôr em causa a afectação de riscos que serviu de base à concretização da parceria, de forma a não subverter a efectiva transferência para o privado de determinados riscos<sup>131</sup>.

## 12 ENCARGOS FINANCEIROS PARA O ESTADO

### 12.1 Propostas apresentadas pelos concorrentes seleccionados para a fase de Negociação Competitiva

Inicialmente, apesar de o CPC, no seu valor global, ter sido do conhecimento prévio dos concorrentes, “através dos esclarecimentos dados no contexto do programa de procedimento”<sup>132</sup>, as propostas admitidas foram apresentadas com valores superiores aos 408,8 M€ do CPC.

No quadro seguinte constam as duas propostas que obtiveram a pontuação mais elevada na fase de avaliação, apresentadas em valor actual líquido, em conformidade com o previsto no Programa de Procedimento<sup>133</sup>:

<sup>130</sup> Cláusula 43.<sup>a</sup> da Minuta do CG. Vd. Apenso IV, Volume 5, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>131</sup> Cláusula 130.<sup>a</sup> n.º 13 da Minuta do CG. Vd. Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.

<sup>132</sup> Vd. Esclarecimentos no âmbito do Programa de Procedimento. Apenso XV, Volume 7, do Processo de Auditoria.

<sup>133</sup> Vd. Anexo I do Programa de Procedimento. Vd. Apenso III, Volume 4, do Processo de Auditoria.



## Quadro 5 - Propostas dos concorrentes admitidos à negociação competitiva em Valor Actual Líquido

Unidade: milhares de euros

Componentes das propostas	Concorrente 1	Concorrente 3
	Escala Cascais	HPP/Teixeira Duarte
EG Estabelecimento – Período de transição	79.351,87	65.548,21
EG Estabelecimento - NHC	258.393,34	237.302,02
EG - Edifício	123.313,90	126.012,33
Total da proposta em VAL	461.059,11	428.862,56

Fonte: Relatório de avaliação de propostas – anexo 2. Vd. Apenso V, Volume 6 do Processo de Auditoria

Verifica-se, pelo quadro supra, que o concorrente 3 apresentou uma proposta com um valor mais baixo em cerca de 7%, na globalidade, face ao concorrente 1, tendo este apresentado uma proposta com um valor mais baixo na componente da EG do Edifício.

Na fase de negociação competitiva cada um dos dois concorrentes<sup>134</sup> apresentou a sua última e definitiva proposta<sup>135</sup> com valores inferiores ao CPC, tal como a seguir se indica:

## Quadro 6 – Propostas finais dos concorrentes

Unidade: milhares de euros

Componentes das propostas	Concorrente 1	Concorrente 3
	Escala Cascais	HPP/Teixeira Duarte
EG Estabelecimento – Período de transição	68.557,58	60.553,08
EG Estabelecimento - NHC	226.767,93	209.271,66
EG - Edifício	93.661,41	107.274,23
Total da proposta em VAL	388.986,92	377.098,97

Fonte: Relatório de avaliação de propostas após negociação competitiva – anexo 2. Vd. Apenso VI, Volume 6 do Processo de Auditoria.

O valor da proposta do concorrente HPP/Teixeira Duarte situou-se 3% abaixo da proposta do concorrente Escala Cascais. As propostas apresentadas nesta fase, incorporaram ganhos de eficiência resultantes das negociações dos denominados “objectos reformuláveis”, que se debruçaram sobre áreas específicas das propostas<sup>136</sup>.

### • Valor contratual

O valor que irá constar do contrato será o valor nominal global dos pagamentos a efectuar pelo Estado durante o período de vigência da parceria<sup>137</sup>. O montante final depende do valor [máximo] da produção contratada, que é fixada no final do ano anterior pelas partes, ou

<sup>134</sup> Escala Cascais e HPP/Teixeira Duarte.

<sup>135</sup> A proposta final teve por base a negociação dos 56 “Objectos Reformuláveis”.

<sup>136</sup> Vd. Anexo I, Doc.s VIII e IX deste relatório.

<sup>137</sup> De acordo com o relatório da proposta do OE para 2008, este valor é de 781,4 milhões de euros – vd. Anexo I, Doc. XVII deste relatório.



unilateralmente pela EPC<sup>138</sup>, na falta de acordo, não sendo a EG remunerada por produção que exceda em cada ano a produção marginal contratada<sup>139</sup>.

## 12.2 Remuneração dos Parceiros Privados (EG)

### 12.2.1 Remuneração da Gestão Clínica: Entidade Gestora do Estabelecimento

Nos termos do CE<sup>140</sup> e de acordo com a Minuta do Contrato, a EPC remunera anualmente a EG em função da prestação de cuidados de saúde de acordo com as seguintes componentes (cláusula 43.<sup>a</sup> da Minuta do CG):

- ✓ produção de serviços clínicos anualmente contratada de acordo com os critérios de valorização e limites de produção previstos no contrato<sup>141</sup>;
- ✓ disponibilidade de serviços hospitalares específicos (vg. urgência – cláusula 25.<sup>a</sup>);
- ✓ e um ajustamento resultante da prescrição de medicamentos pelos médicos do Hospital de Cascais adquiridos nas farmácias, em comparação com os Hospitais do Grupo de Referência<sup>142</sup>.

A remuneração da EG do Estabelecimento concretiza-se através de linhas e unidades de produção, sendo diferenciada consoante a produção realizada se situe dentro dos limites da produção prevista<sup>143</sup> (escalão 1) ou acima desta (produção marginal) (escalão 2), com o limite de 10%. A produção que exceda os 110% não é remunerada, à excepção da que respeita à urgência<sup>144</sup> onde não existe um limite máximo para a produção.

No que concerne ao sistema de remuneração da urgência, considera-se que beneficia a satisfação dos cuidados de saúde da população considerando a exigência sobre a disponibilidade do serviço e ao mesmo tempo não desincentiva a produção nesta área, dado que toda a produção realizada é remunerada.

<sup>138</sup> Cláusula 51.<sup>a</sup> n.º 7 da Minuta do CG. Vd. Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.

<sup>139</sup> À excepção da urgência que não tem limite superior de produção.

<sup>140</sup> Cfr. Art.ºs 46.º e 47.º e Anexo 7 do CE. Vd Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>141</sup> Vg. Cláusula 36.<sup>a</sup> e 47.<sup>a</sup> da Minuta do CG e art.º 46.º do CE. Vd. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.

<sup>142</sup> É calculado o valor, *per capita*, das prescrições de medicamentos no âmbito do SNS, relativamente ao Hospital de Cascais bem como aos Hospitais do Grupo de Referência. Irá acrescer ou subtrair à remuneração da EG do Estabelecimento 20% da diferença entre o valor dos medicamentos prescritos (*per capita*) pelos médicos dos hospitais do Grupo de Referência e os prescritos pelos médicos do Hospital de Cascais (*per capita*), multiplicada pelo número de utentes, nos termos do ponto 12 do anexo 7 do CE. Vd. Apenso II, Volume 3 do Processo de Auditoria.

<sup>143</sup> A produção a realizar pelo NHC ainda que inferior à produção contratada será paga ao preço do escalão 1.

<sup>144</sup> A urgência é sempre paga independentemente da produção realizada exceder a contratada: o escalão 1 vai até aos 110% da produção contratada e o escalão 2 (que diferencia o preço) a partir dos 110% e sem limite, nos termos do ponto 3 do anexo 7 do CE. Vd. Apenso II, Volume 3, do Processo de Auditoria.



No NHC e da apreciação resultante do CE e seus anexos bem como da Minuta do CG, a EG é remunerada pelo que efectivamente produz, estando transferido o risco da procura para a EG, uma vez que esta não auferirá qualquer remuneração pelas unidades não produzidas.

Neste aspecto distingue-se do CG do HFF onde o risco da procura não foi totalmente transferido, uma vez que a produção não realizada pode ser compensada por menor valor do que o preço unitário base, embora no caso da urgência seja sempre remunerada por igual valor ao preço unitário base<sup>145</sup>.

A remuneração do NHC apresenta uma componente inovadora<sup>146</sup> face às condições estabelecidas quer para os hospitais EPE/SPA quer para no CG do HFF, que consiste na racionalização da prescrição de medicamentos realizada no NHC através da comparação com um grupo de hospitais públicos de referência. Este mecanismo poderá implicar deduções à remuneração caso as prescrições realizadas no NHC venham a exceder os padrões obtidos a partir dos hospitais de referência.

Neste sentido, e sem prejuízo dos objectivos de eficiência que venham a recair sobre os encargos com medicamentos, este mecanismo poderá colocar em causa os princípios da igualdade e da qualidade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que poderá condicionar a autonomia técnica dos prescritores.

*Em sede de contraditório, a Parcerias.Saúde veio esclarecer que a introdução daquele mecanismo tem como objectivo evitar a prescrição excessiva de medicamentos.*

*O esclarecimento prestado confirma a observação de auditoria.*

A produção relativa a clínica privada encontra-se limitada até 10% da produção contratada pela EPC, e, também, é tida em conta para efeitos da quantidade da produção efectiva global que determina a aplicação dos escalões de remuneração da produção contratada pela EPC (cfr. Cláusula 29.<sup>a</sup> da Minuta do CG). Tal condição pretende garantir que a realização da produção para o SNS não seja posta em causa, ao mesmo tempo que a realização de clínica privada, no limite, tem consequências na redução da remuneração a cargo do SNS.

Será ainda de referir como inovadora a escolha pela EPC de um grupo de referência de hospitais públicos que sejam os mais eficientes no sector público, com características semelhantes em termos de dimensão e complexidade. Deste grupo, utilizar-se-ão os três que apresentem os custos unitários mais reduzidos, nos dois anos anteriores, para efeitos de estabelecimento da remuneração e, outros três, para efeitos de um valor de referência para a qualidade (cláusulas 42.<sup>a</sup>, 48.<sup>a</sup> e 61.<sup>a</sup> da Minuta do CG).

Por outro lado, o clausulado da Minuta do Contrato ainda não determina com precisão quais os indicadores, nomeadamente, quanto a preços, custos e quantidades que serão utilizados

<sup>145</sup> Cfr. Cláusula 10.<sup>a</sup> conjugada com a cláusula 9.<sup>a</sup> do CG do HFF.

<sup>146</sup> Cfr. Ponto 12 do Anexo 7 do CE e Cláusula 43.<sup>a</sup> da Minuta do CG. Vd. Apenso II, Volume 3 e Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.



para efeitos de comparação com os hospitais do grupo de referência mais eficientes. A título de exemplo, para que seja aferido o desempenho da EG do Estabelecimento relativamente a cada um dos parâmetros de desempenho previstos nos anexos do CE, é calculado um valor de referência recorrendo a dados de um grupo de hospitais de referência para a qualidade<sup>147</sup>. No entanto, importará esclarecer como será calculado o valor de referência, para cada parâmetro de desempenho para a qualidade.

A remuneração da prestação de cuidados de saúde está sujeita a penalizações em função de falhas de desempenho (cláusulas 52.<sup>a</sup>, 53.<sup>a</sup> e 54.<sup>a</sup> da Minuta do CG), classificadas em específicas, de resultado e de serviço, o que se considera adequado e coerente face à transferência do risco operacional.

Saliente-se que a transferência ou referenciação indevida de utentes constituem explicitamente falhas específicas o que se considera adequado à prevenção de situações de selecção adversa aos beneficiários do SNS e previne a oneração dos hospitais públicos que os recebam. Importará, contudo, que o CG venha a especificar cada uma das falhas de desempenho relativas à referida classificação.

Quanto à revisão de preços, estabelece-se uma garantia de que da actualização de preços<sup>148</sup> não poderá resultar um montante a cargo do SNS superior ao montante que resultaria da aplicação da Tabela de Preços dos Hospitais Públicos.

- ***Pagamento da remuneração***

O pagamento anual realizado pela EPC será efectuado antecipadamente, em prestações mensais, por um valor, que não deverá ultrapassar 90% do valor anualmente contratado, sendo este calculado até final do ano imediatamente anterior, (Cláusulas 46.º e 47.º da Minuta do CG, artigo 46.º e anexo 7 do CE). O restante pagamento será apurado com base em reconciliação a realizar até ao final do ano seguinte.

A Minuta do CG salvaguarda a situação de não se chegar a acordo, ao prever a possibilidade da EPC fixar unilateralmente o pagamento com base nos mecanismos instituídos nos restantes hospitais integrados no SNS, nos termos previstos no n.º 5 da cláusula 46.<sup>a</sup> da Minuta do CG e no n.º 2 do Art.º 22.º do CE.

- ***Receitas da EG do Estabelecimento***

São receitas da EG do Estabelecimento<sup>149</sup>:

<sup>147</sup> Os hospitais do grupo de referência são os mais eficientes do sector público, sendo comparáveis com o Hospital de Cascais relativamente à lotação global, nível de actividade e índice de *case-mix*.

<sup>148</sup> De acordo com o ponto 4 do Anexo 7 do CE e Cláusula 105.<sup>a</sup>, 108.<sup>a</sup> da Minuta do CG, a revisão será efectuada com base na evolução do IPC sem habitação para o Continente, bem como de um diferencial de correcção de preços por área de produção fixado no CG de acordo com proposta da EG. Vd. Apenso II, Volume 3-A e Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.

<sup>149</sup> Cfr. art.º 48.º do CE e Cláusula 48.<sup>a</sup> da Minuta do CG. Vd. Apenso II, Volume 3 e Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.



- ✓ As taxas moderadoras pagas pelos utentes, na sua totalidade;
- ✓ A parcela a cargo de terceiros pagadores (subsistemas de saúde e seguradoras)<sup>150</sup>;
- ✓ Uma parte das receitas comerciais de terceiros<sup>151</sup>.

A cobrança das taxas moderadoras é da responsabilidade da EG, embora a Minuta do CG não o refira expressamente. Contudo, de acordo com o ponto 22.1. do Anexo 7 do CE, as taxas moderadoras efectivamente cobradas serão deduzidas à remuneração da EG (a pagar pela EPC).

*Em sede de contraditório, a Parcerias.Saúde considera “ ... existirem incentivos à cobrança pela EG do Estabelecimento por via do efeito temporal, uma vez que a cobrança permite antecipar a receita”.*

*Considera-se, no entanto, que o incentivo à cobrança das taxas moderadoras por via da antecipação da receita, invocado pela Parcerias.Saúde, não constitui um incentivo suficientemente motivador para promover a eficiência da sua cobrança por parte da EG. Tal incentivo só se tornaria significativo caso pudesse ser deduzida à remuneração da EG a totalidade das taxas moderadoras, transferindo assim o risco de cobrança para o parceiro privado.*

Quanto à receita efectivamente cobrada proveniente de terceiros pagadores, a Minuta do CG prevê (cláusula 48.<sup>a</sup> da Minuta do CG) um mecanismo de repartição desta receita entre a EG e a EPC<sup>152</sup>, o que se considera adequado tendo em conta a responsabilidade que a EG tem na efectivação da sua cobrança e a sua obrigação relativa à correcta identificação dos utentes do SNS (cláusula 30.<sup>a</sup> da Minuta do CG).

Importará salientar que os termos e condições para a repartição das supra referidas receitas comerciais de terceiros não estão especificados nem no Caderno de Encargos nem na Minuta do Contrato de Gestão. Os termos e condições desta repartição deveriam estar definidos, por área ou globalmente, no CG.

<sup>150</sup> Incluindo os montantes obtidos através da diferença positiva entre a receita devida e a parcela a cargo de terceiros pagadores. A receita devida por terceiros pagadores equivale à soma dos preços devidos pelas prestações de saúde realizadas a favor de utentes beneficiários de terceiros pagadores.

<sup>151</sup> Vide CE – Anexo 7 ponto 20 são receitas de terceiros as resultantes: da prestação de serviços adicionais; do desenvolvimento de actividades comerciais autorizadas e da cedência de instalações e equipamentos do Estabelecimento Hospitalar para a prática de actos clínicos por outras pessoas ou entidades. Vd. Apenso II, Volume 3-A, do Processo de Auditoria.

<sup>152</sup> Nos termos do CE - Anexo 7 ponto 18 - 5 % da receita cobrada será atribuída à EG, os restantes 95% serão repartidos entre a EG e a EPC, caso a receita cobrada ultrapasse a parcela a cargo de terceiros pagadores. Se tal situação não se verificar, a EG fica com a totalidade da receita. Vd. Apenso II, Volume 3-A, do Processo de Auditoria.



- **Período de transição**

Importa destacar que no caso de a transferência para o Novo Edifício Hospitalar não se concretizar na data contratualmente fixada, a partir do início do mês seguinte àquela data aplicar-se-ão a tabela e as condições remuneratórias que sejam mais favoráveis para o Estado. Para além disso, os atrasos verificados, se imputáveis à EG, constituem faltas muito graves sujeitas a multa (cláusula 114.º da Minuta do CG).

### **12.2.2 Remuneração da Entidade Gestora do Edifício**

A Entidade Gestora do Edifício é remunerada anualmente em função da disponibilidade. A remuneração só é devida a partir da data de entrada em funcionamento do Novo Edifício Hospitalar.

A Remuneração Base anual integra duas componentes, uma fixa e outra variável, de acordo com a Cláusula 103.ª da Minuta do CG com o artigo 74.º e respectivo Anexo 11 do CE<sup>153</sup> e explicitadas na proposta do concorrente escolhido.

- **Pagamento da remuneração**

O pagamento será efectuado antecipadamente em prestações periódicas, por um valor que não ultrapasse 90% do valor previsível da remuneração Base<sup>154</sup> (Cláusula 104.ª da Minuta do CG, n.º 2 do artigo 74.º e Anexo 11 do CE).

- **Deduções à remuneração**

À remuneração anual da EG do Edifício serão subtraídos os montantes das deduções relativas à ocorrência de falhas de desempenho de serviço e de disponibilidade (Cláusula 110.ª da Minuta do CG e artigo 82.º e Anexo 11 do CE). No entanto, importará que as mesmas venham a ser devidamente especificadas no CG.

Considera-se positivo o envolvimento da EG do Estabelecimento na determinação da ocorrência de falhas de serviço e disponibilidade por parte da EG do Edifício<sup>155</sup>, embora o mecanismo de responsabilização pudesse ficar reforçado caso se previsse a obrigatoriedade de a EG do Estabelecimento alertar a EPC para a ocorrência das falhas da outra EG.

<sup>153</sup> Cfr. Apenso IV, Volume 5 e Apenso II, Volume 3, respectivamente, do Processo de Auditoria.

<sup>154</sup> O pagamento só se tornará definitivo com o apuramento final da remuneração anual, até ao final do 1º semestre do ano subsequente. A EPC poderá efectuar deduções aos pagamentos sempre que seja necessário compensar montantes de que seja credora.

<sup>155</sup> Cfr. n.º 4 da Cláusula 110.ª da Minuta do CG. Vd. Apenso IV, Volume 5, do Processo de Auditoria.





## 13 REFERÊNCIAS FINAIS

### 13.1 Vista ao Ministério Público

O Excelentíssimo Procurador-Geral Adjunto teve vista do processo, nos termos do n.º 5 do art.º 29.º da Lei n.º 98/97, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

### 13.2 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>156</sup>, e em conformidade com a Nota de Emolumentos constante do Anexo III, são devidos emolumentos, no montante de € 1.668 (mil sáscentos e sessenta e oito euros), pela Estrutura de Missão Parcerias.Saúde.

### 13.3 Colaboração Prestada

Expressa-se aos responsáveis, dirigentes e funcionários dos Serviços envolvidos na acção o apreço do Tribunal pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada ao longo do desenvolvimento desta acção.

## 14 DETERMINAÇÕES FINAIS

O presente Relatório deverá ser remetido às seguintes entidades:

- Ministro de Estado e das Finanças;
- Ministro da Saúde;
- Encarregado da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde;

Em cumprimento do disposto no art.º 29º, n.º4, da Lei 98/97, de 26 de Agosto, notifique-se o Ministério Público, junto deste Tribunal, do presente Relatório.

Após as comunicações determinadas nos pontos anteriores, coloque-se o presente Relatório à disposição dos órgãos de comunicações social e proceda-se à respectiva divulgação via Internet.

<sup>156</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

Auditoria ao Projecto do Novo Hospital de Cascais em PPP

Aprovado, em subsecção da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 31 de Janeiro de 2008

## Juízes Conselheiros

(Lia Olema Videira de Jesus Correia)  
(Relator)

Manuel Henrique de Freitas Pereira

José Manuel Monteiro da Silva

O Procurador-Geral Adjunto