

Anexo 1

at
R. Thom
Dr. F. F. F.
R

1

By [Signature]
[Signature]
[Signature]

CONTRATO	VIGÊNCIA	DATA DE CELEBRAÇÃO DO CONTRATO	DATA DE PRODUÇÃO DE EFEITOS	DATA DO VISTO DO TRIBUNAL DE CONTAS	DATA DA TRANSMISSÃO/ENTRADA EM FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR	DATA DE CADUCIDADE	PRAZO PARA COMUNICAÇÃO
Hospital de Loures – EGEST	Dez anos, a contar a data de entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar, que corresponde ao momento em que é aberto ao público o primeiro serviço médico do estabelecimento à EGEST (gr: n.º 1 da Cláusula 38.ª e n.º 1 da Cláusula 1.ª).	31.12.2009	31.12.2009	15.06.2010	19.01.2012	18.01.2022	18.01.2020
Hospital de Loures – EGED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura (gr: Cláusula 80.ª e n.º 1 da Cláusula 130.ª).	31.12.2009	31.12.2009	15.06.2010	19.01.2012	30.12.2039	
Hospital de Vila Franca de Xira – EGEST	Dez anos, a contar a data da transmissão do estabelecimento hospitalar, que ocorre no primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto ou do segundo mês seguinte à sua notificação às Entidades Gestoras, consoante esta ocorra, respetivamente, antes ou depois do dia 15 do mês em que o visto foi concedido (gr: alínea a) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.ºs 1 e 2 da Cláusula 140.ª).	25.10.2010	01.06.2011	15.04.2011	01.06.2011	31.05.2021	31.05.2019
Hospital de Vila Franca de Xira – EGED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura (gr: alínea b) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.ºs 1 e 2 da Cláusula 140.ª).	25.10.2010	01.06.2011	15.04.2011	01.06.2011	31.05.2041	

at

PM
HM
M
M

Anexo 2

af
P.
R.
R.
R.

1/

14
14
14

NOTA INTERNA

PARA	Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde Dr. Paulo Macedo
DE	Tiago Santos
DATA	06 de novembro de 2014
ASSUNTO	Termino dos contratos de parceria público-privada na componente de prestação de serviços clínicos

Concordo

PAULO MOTA DE MACEDO 11/11/14
Ministro da Saúde

Enviar à ACSS para cumprimento da proposta de ANAC identificada no ponto 17 da presente nota.

18.11.2014

da chef de gabinete SES
da chef de gabinete SEF

I. Enquadramento

1. Os Contratos de Gestão das parcerias público-privadas (PPP) na área da saúde são constituídos por dois contratos com objetos, prazos e entidades distintas **Paula Mala Fernandes** Gabinete do Ministro da Saúde
 - a. contrato com a Entidade Gestora do Estabelecimento, relativo à prestação de cuidados de saúde à população da área de influência, por um prazo de 10 anos;
 - b. contrato com a Entidade Gestora do Edifício, relativo à concepção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção, por um prazo de 30 anos.
2. No que se refere aos contratos com as Entidades Gestoras do Estabelecimento, verifica-se que os respetivos prazos começarão a atingir o seu término no início de 2018¹, sendo a PPP de Cascais a primeira em que verificará esta ocorrência.
3. Com o término dos contratos relativos às Entidades Gestoras do Estabelecimento, o Estado terá três cenários de decisão possível:
 - a. Cenário 1: renovação do contrato com a Entidade Gestora do Estabelecimento;
 - b. Cenário 2: lançamento de novo processo concursal para seleção de uma nova Entidade Gestora do Estabelecimento; e
 - c. Cenário 3: reversão para o Estado do estabelecimento e a responsabilidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes da respetiva área de influência.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete HS

Entrada n.º 13972 de 10/11/2014

Entidade _____ Class. 180.01.01

Proc.º 338/14

¹ Término dos contratos relativos às Entidades Gestoras do Estabelecimento: PPP de Cascais: 1.º trimestre de 2018; PPP de Braga: 1.º trimestre de 2019; PPP de Vila Franca de Xira: 4.º trimestre de 2020; PPP de Loures: 1.º trimestre de 2022.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.



II. Análise

4. Considerando a complexidade técnica e morosidade inerente à prossecução de processos de contratação de novas PPP, de renovação de contratos em vigor e de reversão do ativo para o Estado, importa garantir que as entidades envolvidas iniciam o processo de decisão com a devida antecedência, assegurando não só que qualquer decisão do Estado sobre os cenários em análise defende o melhor interesse do Estado, e também dos utentes, mas ainda que o processo decorre com a maior transparência possível.
5. Por outro lado, e especificamente no que se refere ao Cenário 1, de renovação do contrato com as Entidades Gestoras do Estabelecimento, verifica-se que os Contratos de Gestão preveem a implementação de um processo pela Entidade Pública Contratante com pressupostos de decisão e calendários estabelecidos.
6. No que se refere aos prazos do processo de decisão, todos os Contratos de Gestão preveem que “A Entidade Pública Contratante deve manifestar a vontade de renovar o Contrato, notificando a Entidade Gestora do Estabelecimento até dois anos antes do final do prazo do Contrato, devendo a Entidade Gestora do Estabelecimento manifestar-se até dezoito meses antes do final do prazo do Contrato ou da sua renovação”.
7. Assim, e especificamente no que se refere à PPP de Cascais, verifica-se que a tomada de decisão por parte do Estado sobre o contrato com a Entidade Gestora do Estabelecimento deverá ocorrer durante o ano de 2015, para que seja possível propor à Entidade Gestora do Estabelecimento a renovação do respetivo contrato no início de 2016, no caso de tal ser a melhor opção para o Estado.
8. Relativamente aos pressupostos que enquadram a decisão do Estado, verifica-se que os Contratos de Gestão registaram uma significativa evolução nos mesmos, sendo que no Contrato de Gestão mais recente, relativo à PPP de Loures, são definidas de forma clara as regras a serem observadas na eventual renovação do contrato, nomeadamente as seguintes (ponto 2, da Cláusula 38.º do Contrato de Gestão):
 - “2. O Contrato pode ser renovado (...) desde que cumulativamente:
 - a) O resultado das avaliações de desempenho realizadas ao abrigo da Cláusula 74.ª do Contrato for qualificado, em todos os anos, no mínimo, como BOM;
 - b) A Entidade Pública Contratante não pretenda, por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato;

2 14
[Handwritten signatures and initials]

- c) A renovação do Contrato não colida com qualquer dos princípios do regime de parcerias definido no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, especialmente o disposto na alínea e) do artigo 3.º desse diploma.”
9. Assim, verifica-se que o calendário de decisão sobre a opção relativa ao contrato da Entidade Gestora do Estabelecimento da PPP de Cascais deverá ocorrer daqui a pouco mais de 1 ano, e que o processo de decisão deverá ser homogéneo em todas as PPP no sector da saúde, independentemente da Entidade Pública Contratante responsável pela monitorização e gestão do Contrato e das disposições constantes do Contrato de Gestão, assegurando o tratamento equitativo de todos os parceiros privados no sector da saúde.
10. Relativamente aos Cenários 2 e 3, a experiência verificada nos projetos do novo Hospital de Lisboa Oriental e do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFR Sul), aconselha a que os processos de lançamento de nova uma PPP, bem como os de reversão para o Estado da responsabilidade de gestão de unidades de saúde, sejam precedidos de um adequado planeamento e disponham de um horizonte temporal compatível com a complexidade técnica e morosidade dos processos, de forma a assegurar a ininterruptão da atividade da unidade de saúde, com a manutenção dos requisitos de qualidade, de segurança e de acesso aos cuidados de saúde.

III. Proposta de atuação

11. Face ao exposto, e atendendo a que (i) qualquer uma das opções referidas no ponto 3. implicam o desenvolvimento pelo Estado de um complexo e moroso processo de preparação e implementação, (ii) os Contratos de Gestão preveem um conjunto de disposições sobre a forma como o Estado deverá proceder à renovação do contrato com a Entidade Gestora do Estabelecimento e (iii) a reversão para o Estado da parceria público-privada do CMFR Sul foi caracterizada por um conjunto de vicissitudes, propõe-se o seguinte:

Solicitar à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) para que, enquanto entidade com competência na coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de parceria público-privada, diligencie no sentido de criar uma Equipa de Projeto constituída pelas entidades com competências na monitorização e gestão de PPP, nomeadamente a ACSS, as Administrações Regionais de Saúde (ARS Norte, ARS Centro e a ARS Algarve) e a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, com o objectivo de propor uma metodologia de avaliação comparativa das diferentes opções anteriormente referidas, para que o Ministério da Saúde disponha da informação necessária para a tomada



NOTA INTERNA

de decisão, em tempo útil, sobre a opção que melhor defende os interesses do Estado, permitindo ainda assegurar um processo transparente e homogéneo em todas as PPP do sector da saúde.

À consideração superior.

(Tiago Santos)

4
Handwritten initials and signatures at the bottom right of the page.

Anexo 3

[Handwritten signature]

Handwritten notes in the bottom right corner, including a vertical line and several illegible scribbles.

Nota Prévia ao Mapa de análise dos cenários de Renovação e Não Renovação dos Contratos de PPP hospitalares do Setor da Saúde

O presente Mapa visa a identificação dos cenários possíveis de equacionar para o termo do prazo dos Contratos de Gestão em modelo de parceria público-privada (PPP) do setor da saúde, na vertente da EGEST, incluindo o detalhe dos seguintes cenários que resultaram das notas técnicas produzidas pela ACSS e pela UTAP e da reunião ocorrida no dia 19 de fevereiro de 2016, com os respetivos Gabinetes da tutela: **(i)** Renovação do Contrato de Gestão (**Cenário A.**) e **(ii)** Não Renovação do Contrato de Gestão

No contexto do **Cenário A.**, apreciam-se as seguintes alternativas: **(i)** Renovação "tal qual" com a atual EGEST, ou seja, pela manutenção dos termos e condições do Contrato de Gestão atualmente em vigor, sem modificações, apenas incluindo eventuais atualizações necessárias (**Cenário A.1**); **(ii)** Negociação do Contrato de Gestão seguida da sua Renovação, que pressupõe a implementação de um procedimento negocial com o parceiro privado com vista à alteração (pontual e limitada) do Contrato de Gestão, blindada aos limites legais de alteração objetiva dos contratos públicos, seguida de renovação do contrato "tal qual" renegociado (**Cenário A.2**). Note-se que a decisão de renovação, em qualquer sub-cenário, tem de ser tomada, por força do disposto em cada contrato, até dois anos antes da data da respetiva caducidade. A decisão de renovação não é, contudo, unilateral. Posteriormente à notificação pela EPC, e caso assim o entenda, a EGEST tem de dar o seu acordo até dezoito meses antes do final do prazo do contrato.

Por sua vez, no contexto do **Cenário B.**, analisam-se os seguintes sub-cenários: **(i)** Estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP na vertente da EGEST, pela implementação do procedimento previsto nos artigos 9.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, seguido do procedimento de lançamento da parceria, nos termos dos artigos 15.º a 18.º do mesmo Decreto-Lei e das regras de contratação pública, aplicáveis ao procedimento concursal que seja acoplado ao procedimento de lançamento, nos termos previstos no Código dos Contratos Públicos (**Cenário B.1**); **(ii)** Outro modelo de contratação de gestão clínica, concretizado pela implementação de um procedimento diferente do modelo de PPP (**Cenário B.2**); **(iii)** Internalização dos serviços clínicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da implementação do mecanismo contratual de reversão do Estabelecimento para o Estado (**Cenário B.3**).

Em qualquer cenário, recorda-se que se mantém em vigor a PPP na vertente da gestão do edifício (por cerca de 20 anos adicionais).

A opção por qualquer um dos cenários deve ser devidamente fundamentada do ponto de vista técnico, jurídico, económico-financeiro e do interesse público, recomendando-se, em qualquer cenário, a prossecução desta fundamentação à luz dos procedimentos e pressupostos previstos no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, nos termos defendidos pela ACSS e pela UTAP nas respetivas notas técnicas. Qualquer opção deverá ser adequada e atempadamente ponderada, de forma a poder ser tomada em tempo útil e no melhor interesse do Estado e dos utentes, considerando, ainda, os procedimentos legais e contratuais subjacentes a cada uma delas.

Cumpre, ainda, alertar, a este propósito, para os riscos e os limites que são necessários verificar em concreto no procedimento de renovação ou de não renovação de cada contrato de gestão. Com efeito, devem os mesmos assegurar o cumprimento escrupuloso dos requisitos previstos na lei e no contrato, para cada uma dessas vicissitudes contratuais.



Devem estabelecer-se critérios comuns aplicáveis a todos os contratos em causa, para que a decisão do Estado Português possa tratar de forma igualitária as quatro parcerias em causa e possam adotar-se procedimentos e requisitos comuns. Não obstante essa uniformidade procedimental e de critérios, considera-se que a decisão relativamente ao futuro destes contratos não tem que, em nossa opinião, ser necessariamente homogênea, uma vez que se deverá atender às circunstâncias de cada contrato, e da sua avaliação, nomeadamente aos pressupostos e características de cada projeto, e da respetiva execução, aos prazos para tal decisão e aos requisitos legais e contratuais necessários. Pelo que, se aconselha que tal decisão deva ser tomada caso a caso relativamente a cada um dos quatro contratos de parceria.

Na análise de cada cenário ponderam-se e alocam-se categorias de aspetos, como por exemplo, **(i)** a abrangência das alterações a introduzir num contrato novo ou renovado; **(ii)** os limites às alterações objetivas aos contratos públicos; **(iii)** o eventual posicionamento do parceiro privado face ao cenário em causa; **(iv)** os timings de implementação do cenário em causa; todos analisados na sua implicância **política, estratégica, operacional, financeira e jurídica**.

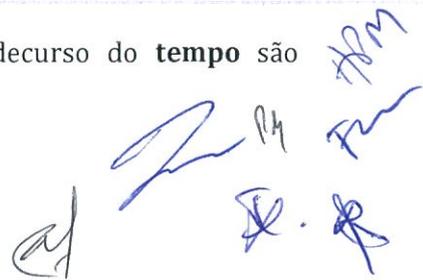
Na análise de cada cenário incluem-se as especificidades, vantagens e riscos que, nesta fase, ainda em abstracto, são possíveis anteciper como termos e condições da sua concretização, bem como os principais próximos passos que cada um dos cenários implica em termos procedimentais e de decisão. Estas especificidades, bem como os aspetos identificados como vantagens e desvantagens de cada cenário, tal como se descrevem no Mapa necessitarão de uma reconfirmação, em concreto, a ser sustentada pelo estudo que seja desenvolvido pela(s) equipa(s) que promoverá todo o trabalho de fundamentação e avaliação, que deverá incluir, designadamente, a análise do equilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção em causa e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público subjacente.

A este respeito, alerta-se para a necessidade de avaliação do *value for money* da solução de gestão clínica, pública ou privada, no processo de tomada de decisão subjacente à solução a adotar face à caducidade dos contratos de PPP, tal como reforçado pela ARSNorte no contexto dos trabalhos de elaboração do presente Mapa.

Recorde-se, ainda, que os cenários não podem ser vistos como estanques entre si, na medida em que o procedimento de renovação, tal como contratualmente previsto, pressupõe a decisão pela EPC da decisão de renovação do Contrato e notificação à respetiva EGEST manifestando o interesse na renovação, que deverá ser seguida de aceitação pela EGEST dessa renovação. Ora, caso a EGEST não venha a aceitar a renovação, e confrontada a EPC com essa não aceitação, será necessário lançar mão dos demais sub-cenários de não renovação identificados no Mapa. Da mesma forma, caso seja prosseguido um cenário de estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP, a Equipa de Projeto não se encontra vinculada a propor à tutela uma solução de modelo de parceria pública-privada, podendo, ao invés, o estudo a desenvolver por essa equipa demandar e justificar que esta proponha ao Governo uma via alternativa à PPP, seja pela implementação de outro modelo de contratação (via tradicional), seja pela reversão do Estabelecimento para o Estado.

O estudo e fundamentação da decisão a tomar, bem como a tomada da própria decisão, seja qual for o cenário escolhido, pressupõe sempre o desenvolvimento, em paralelo, de um plano alternativo. Apresenta-se, assim, no Mapa um "plano alternativo de implementação" que, em nossa opinião, deve ser desenvolvido em simultâneo para, em caso de necessidade, ser utilizado no imediato.

Finalmente, os **riscos** (de qualquer natureza) que se relacionam com o decurso do **tempo** são transversais a qualquer um dos cenários e sub-cenários analisados no Mapa.



Mapa de análise dos cenários de Renovação e Não Renovação dos Contratos de PPP hospitalares do Setor da Saúde		Mapa de análise dos cenários de Renovação e Não Renovação dos Contratos de PPP hospitalares do Setor da Saúde (continuação)	
Renovação vs Não Renovação da PPP com a EGEST		Renovação vs Não Renovação da PPP com a EGEST	
A - RENOVAÇÃO		B - NÃO RENOVAÇÃO	
CENÁRIOS	VANTAGENS	B.1. Estudo, preparação e lançamento de nova PPP	B.2. Outro modelo de contratação (que não PPP)
<p>A.1. Renovação "tal qual" com a mesma EGEST</p> <p>Operacional: Facilidade e rapidez de concretização. Previsibilidade de resultados. Contrato semelhante com a estabilidade do contrato atual. "Things going on" mais tranquilos comparado com qualquer um dos outros cenários.</p> <p>Jurídico: Garantia de continuidade da solução a adotar com o enquadramento legal aplicável à renovação e aos limites da alteração objetiva dos contratos públicos.</p> <p>Financeiro: Previsibilidade do impacto orçamental (neutro).</p>	<p>A.2. Negociação do Contrato Atual + Renovação com mesma EGEST</p> <p>Financeiro e Jurídico: Melhora de algumas condições contratuais (limitada) na perspectiva do parceiro público, sem aumento de custo para este. Previsibilidade do impacto orçamental (neutro).</p> <p>Operacional: Maior rapidez de concretização por comparação com qualquer cenário de não renovação.</p>	<p>Financeiro: Flexão de um limite máximo do impacto orçamental (CPC) e captura de ganhos decorrentes da redução de custos <i>for money</i>.</p> <p>Político: Alteração à concorrência.</p> <p>Estratégico: Teste à dinâmica do mercado e da concorrência. Melhora do processo por incorporação das "lições aprendidas". Adequação das exigências contratuais à evolução do modelo assistencial e de financiamento, através da incorporação nos documentos contratuais das variáveis fundamentais para o parceiro público.</p> <p>Jurídico: Cumprimento do DL 111/2012 e do Código dos Contratos Públicos; oportunidade deificação de um procedimento blindado de abertura à concorrência.</p>	<p>Político e Estratégico: Maior facilidade na implementação de medidas de alteração de política na prestação de cuidados de saúde. Eventuais alterações, mesmo que com impacto no custo, não necessitam de aprovação do Conselho de Administração do Estado.</p> <p>Financeiro: Redução de custos públicos de regulação/monitorização do contrato de gestão.</p> <p><i>Nota: Não se identificam outras vantagens adicionais significativas neste sub-cenário, uma vez que ainda se encontram em vigor o contrato de gestão do edifício dos hospitais em causa, por cerca de 20 anos, o que se traduz numa considerável reserva de margem (relação entre o período de validade do contrato e o período de duração do edifício e do equipamento hospitalar) que poderá ser associada a um cenário de internalização (global) dos serviços.</i></p>
<p>RISCOS/DESADVANTAGENS</p> <p>Político: Necessidade de enquadramento Bice ao Estado independente que consta do Programa de Governo. Dificuldade / impossibilidade de defesa do contrato em caso de alteração de governo, mesmo que se mantenha o modelo assistencial e de financiamento (por ex no Hospital de Casais Rivadavia) de integrar alterações contratuais relacionadas com a integração de novas prestações de cuidados de saúde como VIH/SIDA, Oncologia, psiquiatria comunitária).</p> <p>Operacional: O parceiro público poderá não aceitar o conjunto de alterações, não podendo aceitar o parceiro privado a imposição de quaisquer compartidas, sobretudo de natureza financeira. Consequente incerteza do desfecho do processo negociado e necessidade de, em simultâneo, desenvolver um plano alternativo de resposta a caducidade do contrato de gestão em causa (preparação do lançamento de novo procedimento ou preparação do estudo de caso).</p> <p>Estratégico: Desistência do parceiro privado em face da impossibilidade de se levar a cabo uma efetiva negociação. Cautelamento de contratos (cerca 10 anos) que devem ser melhorados na ótica do interesse público. Falta de alinhamento, nalguns aspectos, de políticas e práticas entre os quatro PPPs hospitalares em vigor.</p> <p>Financeiro: A não alteração do preço implica que não possa ser incorporado no contrato renovado o resultado do teste ao real <i>value for money</i> da parceria. Qualquer potencial poupança/ganho que venham a ser identificados não poderá ser aproveitados no preço blindado na medida em que a ARSLVT já identificou aspetos que encorajam a alteração e que não poderão ser objeto de modificação neste cenário. Ficando a mesma aquém desse objetivo podendo questionar-se a legitimidade da decisão e da salvaguarda do interesse público. Pode apresentar-se como uma forma enriquecida de ultrapassar o limite legal subjacente à renovação de contratos "tal qual". Deve, ainda, observar os limites da alteração objetiva dos contratos públicos, sendo, em abstrato, complexa a identificação do universo de alterações que se encontram abrangidas por essa limitação. Qualquer solução terá de estar conformada com a jurisprudência comunitária sobre estes aspetos, que tem vindo a alterar-se e a tornar-se mais restritiva. Deve, ainda, observar o limite de obtenção de valor pelo Tribunal de Contas ou de imputação por parte de outro <i>stakeholder</i>.</p>	<p>RISCOS/DESADVANTAGENS</p> <p>Político: Necessidade de justificar a manutenção de uma concessão de gestão de serviços clínicos ao setor privado sob o mesmo modelo de <i>for money</i>, mantendo-se em paralelo, outros PPPs SNS, de modo a não comprometer a racionalização do enquadramento Bice ao Estado independente que consta do Programa de Governo. Incerteza dos resultados do procedimento (financeiro/ preços e outros). Menor transparência, com limitação da concorrência (aberta apenas a alguns parceiros).</p> <p>Estratégico: Solução técnica dificilmente defensável quando se cancelam dois possíveis contratos com hospitais ao Ministério da Saúde (UTAN e MCH) em favor do atual contrato.</p> <p>Financeiro: Menor probabilidade do impacto orçamental e ausência de captura de ganhos decorrentes da abertura à concorrência. Não existe cálculo de CPC, pelo que poderá não assegurar a racionalidade económica inerente à decisão.</p> <p>Jurídico: Não integração do procedimento no DL 111/2012. Possibilidade de contestação pelos concorrentes no mercado e pelos atuais parceiros da PPP. Desacolhimento do Tribunal de Contas relativamente a acordos deste tipo.</p>	<p>Precedimento previsto no DL 111/2012 para o estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP, de acordo com o artigo 111.º do Decreto-Lei n.º 111/2012. Este procedimento deverá ser precedido de um rigoroso estudo técnico que avalie, em concreto, os méritos da solução encontrada. Este procedimento deve incluir, nomeadamente, o cálculo do CPC, uma análise ao <i>value for money</i> da parceria, definição da matriz de riscos e garantia da comparabilidade orçamental, mesmo em cenários de sensibilidade.</p>	<p>Político: Necessidade de enquadramento Bice ao Estado independente que consta do Programa de Governo. Assafção de risco na integração pelo parceiro privado do modelo assistencial e de financiamento de outros PPP do CMERS (demanda a potencial redução do desempenho assistencial e financeiro/orçamental da prestação do serviço).</p> <p>Operacional: Risco de interface entre a gestão do edifício (gestão privada) e a gestão do estabelecimento/prestação dos serviços clínicos (que passaria a ser de gestão pública). Dificuldade na implementação da transferência efetiva para o Estado da universalidade de bens e direitos compreendidos no estabelecimento. Implicar a internalização do risco de gestão do contrato que atualmente está do lado do parceiro privado.</p> <p>Jurídico: Integração dos vínculos privados, incluindo os relacionamentos com recursos humanos, na esfera pública. Incerteza quanto à entidade pública que assume os respetivos vínculos referidos para o Estado.</p> <p>Financeiro: Maior incerteza do impacto orçamental. Potencial aumento de custos. Dificuldade / impossibilidade de implementação de um mecanismo de monitorização e acompanhamento da execução contratual, com o mesmo nível de detalhadade que atualmente são aplicáveis ao parceiro privado.</p>
<p>TERMS E CONDIÇÕES</p> <p>Negociação prévia do contrato de gestão pressupõe a designação de uma "Comissão de Negociação" para o efeito do DL 111/2012. A fundamentação da decisão de renovação deve obedecer a um procedimento similar ao previsto no DL 111/2012, que visa a análise técnica, jurídica e económico-financeira da decisão de renovação. Qualquer decisão deve ser precedida de um estudo técnico que avalie, em concreto, os méritos da solução encontrada. Este procedimento deve incluir, nomeadamente, o cálculo do CPC e uma análise ao <i>value for money</i> da parceria.</p>	<p>TERMS E CONDIÇÕES</p> <p>Designação da Comissão de Negociação.</p> <p>"Grupo de Trabalho" para assessoria na fundamentação da solução. De forma a mitigar o risco de concretização desta solução, o grupo de trabalho deve ser criado, como "Equipa de Projeto" para o efeito do DL 111/2012, que poderá desenvolver as duas funções (estudo e preparação do contrato e do estudo de caso) de forma integrada, sob a liderança do Centro B, equivalente ao lançamento de um novo procedimento ou preparação de um processo de internalização dos serviços clínicos no SNS). Ainda impõe que a solução obtida a diferente designação do DL, seja sempre a mesma e assumida a longo de negociação e de estudo e preparação da implementação dos cenários após a calculada.</p>	<p>Designação de uma "Equipa de Projeto" nos termos do DL 111/2012. Esta equipa de projeto pode concluir, no contexto do seu trabalho de estudo e preparação do lançamento de uma nova PPP, que esse modelo não se configura como o melhor cenário, podendo propor outro (o que pode incluir os cenários B.2 ou B.3).</p>	<p>Qualquer decisão de internalização deve ser precedida de um rigoroso estudo técnico que avalie, em concreto, os méritos da solução encontrada, que pressupõe a integração dos vínculos na esfera pública, se revestem de elevado grau de complexidade e morosidade.</p> <p>Este cenário pode ser originado em duas vias:</p> <p>(i) originalmente, como decisão de não internalização, a qual deve determinar a designação de um "Grupo de Trabalho" para a preparação da respetiva internalização;</p> <p>(ii) como consequência das conclusões a que o "Grupo de Trabalho" / Equipa de Projeto designada para o efeito dos anteriores sub-cenários chegou no decurso do seu estudo.</p>
<p>PASSOS PROCEDIMENTAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DESTES CENÁRIOS</p> <p>"Grupo de Trabalho" para assessoria na fundamentação da solução. De forma a mitigar o risco de concretização desta solução, o grupo de trabalho pode ser criado como "Equipa de Projeto" para o efeito do DL 111/2012, que poderá desenvolver as duas funções (estudo e preparação do contrato e do estudo de caso) de forma integrada, sob a liderança do Centro B, equivalente ao lançamento de um novo procedimento ou preparação de um processo de internalização dos serviços clínicos no SNS).</p>	<p>PASSOS PROCEDIMENTAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DESTES CENÁRIOS</p> <p>Designação de uma "Equipa de Projeto" para o efeito do DL 111/2012. Esta equipa de projeto pode concluir, no contexto do seu trabalho de estudo e preparação do lançamento de uma nova PPP, que esse modelo não se configura como o melhor cenário, podendo propor outro (o que pode incluir os cenários B.2 ou B.3).</p>	<p>Designação de uma "Equipa de Projeto" nos termos do DL 111/2012. Esta equipa de projeto pode concluir, no contexto do seu trabalho de estudo e preparação do lançamento de uma nova PPP, que esse modelo não se configura como o melhor cenário, podendo propor outro (o que pode incluir os cenários B.2 ou B.3).</p>	<p>Ver comentário supra.</p>
<p>OBSERVAÇÕES</p> <p>Para este cenário considera-se necessário avaliar, do ponto de vista estratégico, o interesse em desenvolver as verticais de infeccologia e oncologia, no âmbito do rede de referência do Ministério da Saúde, conforme atrelado pela ARSLVT, no contexto da preparação do presente Mapa.</p> <p>A ARSLVT sublinhou, ainda, que, a implementar-se este cenário e mantendo-se essas verticais na oferta assistencial deste hospital, se constata a necessidade de se manterem os protocolos adicionais ao Contrato de Gestão (com pagamento autónomo).</p>	<p>OBSERVAÇÕES</p> <p>n.a.</p>	<p>n.a.</p>	<p>Deve evitar-se sermos conduzidos a este cenário como recurso pela não consecução dos outros cenários (por não implementação atempada), seja em termos definitivos ou temporários, que implicaria, no caso de não implementação, a necessidade de se voltar a preparar a sua gestão a um parceiro privado, como resultado do cenário escolhido, com as consequentes ineficiências e perdas que daí poderão decorrer.</p>
<p>PLANO ALTERNATIVO DE IMPLEMENTAÇÃO</p> <p>Em paralelo com este cenário, para o caso de o mesmo não funcionar ou vir a não poder ser implementado em tempo, deve promover-se a preparação da implementação do sub-cenário B.1/B.2/B.3.</p>	<p>PLANO ALTERNATIVO DE IMPLEMENTAÇÃO</p> <p>Em paralelo com este cenário, para o caso de o mesmo não funcionar ou vir a não poder ser implementado em tempo, deve promover-se a preparação da implementação do sub-cenário B.1/B.2/B.3.</p>	<p>Em paralelo com este cenário, para o caso de o mesmo não funcionar ou vir a não poder ser implementado em tempo, deve promover-se a preparação da implementação do sub-cenário B.1/B.2/B.3.</p>	<p>n.a.</p>

Handwritten notes in blue ink, including a signature and some illegible scribbles.

Anexo 4

et

M. J.
F. T.
F. M.

af

PH
HDM
Fm
B



1 - Vols, com o volume "Gestão"
2 - Reunião na 2ª Exm. do SEAF, N.º 1
3 - Habilitação do ex-UTAP para a
4 - Reunião do grupo de trabalho

NOTA INTERNA

Curso do Regime XXI do PPP

PARA Exmo. Senhor Chefe do Gabinete
Dr. Paulo Espiga Alexandre

DE Ana Sofia Ferreira - Adjunta do Gabinete

ASSUNTO Término dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Vila Franca de Xira e Loures em regime de PPP na componente da EGEST (serviços clínicos)

Nº REF. 3 - ENVIAR a DCSSEZP e a ANS CVT ZP, para avaliação
DATA 20/02/2018
Integrar a futura Equipa

4 - Da CC do Gabinete de Dr. Ruiho e do Dr. SCS.

Rosa Valente de Matos 18.02.27
Secretária de Estado da Saúde

O Programa do XXI Governo Constitucional prevê, na área da Saúde, que o Governo promova "a avaliação externa independente das experiências hospitalares existentes em regime de parceria público-privada (PPP), no sentido de habilitar tecnicamente a decisão política em função da defesa do interesse público".

Atualmente, no universo hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS), vigoram quatro Contratos de Gestão em regime de PPP, cada um com uma dupla componente de "Gestão de Edifício" (por 30 anos) e "Gestão do Estabelecimento" (por 10 anos).

Estes Contratos resultaram de um longo processo de preparação de PPP na Saúde, encetado no início deste século, e tiveram, na sua génese, diversas fases, desde a decisão política sobre a adoção do modelo em si (com várias particularidades próprias do caso português, quanto ao "modelo duplo" que foi adotado), a construção de todo o quadro leal habilitante, a priorização dos investimentos hospitalares a concretizar sob a forma de PPP, a preparação e o lançamento dos concursos públicos internacionais, a negociação com os parceiros privados, a submissão dos Contratos a Visto do Tribunal de Contas, até, à medida que cada Hospital foi entrando em pleno funcionamento operacional, à fase de gestão dos Contratos, na qual se encontram nos dias de hoje.

O término dos Contratos de Gestão em regime de PPP em vigor, na vertente da Entidade Gestora do Estabelecimento (EGEST), ocorrerá nas seguintes datas:

Contrato de Gestão do Estabelecimento	Data de término
Cascais	31.12.2018
Braga	31.08.2019
Vila Franca de Xira	31.05.2021
Loures	18.01.2022

Handwritten signatures and initials in blue ink.



NOTA INTERNA

Em termos abstractos, perante o término destes Contratos na vertente da gestão clínica, e em função dos resultados da avaliação técnica que há que levar a cabo em cada situação, ao Estado coloca-se sempre uma opção de **renovação**, contra uma de **não-renovação**.

Um cenário de mera renovação de Contratos com as actuais EGEST, com ou sem renegociação de alguns aspectos, não parece afigurar-se politicamente desejável, não só porque não seria considerado transparente, nem promovedor da concorrência, mas também porque a evolução do mercado da saúde (nomeadamente quanto a recursos humanos, medicamentos, ou tecnologia diagnóstica e terapêutica), no período que decorreu entre os concursos e a negociação dos contratos em vigor, e o momento actual, foi de tal modo forte, que os preços em vigor já não poderão reflectir condições de eficiência no momento presente.

Por seu turno, uma conclusão pela mais-valia de eventual não-renovação de Contratos PPP na Saúde, conduz essencialmente a um de dois cenários: proposta de preparação e (re)lançamento de nova PPP, ou internalização da gestão dos serviços clínicos (reversão do Estabelecimento para o Estado).

No caso de dois destes projetos, **Cascais e Braga**, é sabido aproximar-se o término do prazo da sua vigência, na vertente do respectivo Contrato com a Entidade Gestora do Estabelecimento (EGEST). Nesse sentido, decorrem os trabalhos da Equipa de Projeto inicialmente nomeada ao abrigo do Despacho n.º 8300/2016 do Coordenador da UTAP, publicado em DR de 17 de junho de 2016.

A Equipa foi constituída com o objectivo de: *"identifique e avalie tecnicamente, os diferentes modelos passíveis de ser adotados para garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o término desses contratos e, de entre esses modelos e tendo por base os procedimentos e pressupostos previstos no Decreto -Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, com as devidas adaptações, proponha, em relatório fundamentado, a Suas Excelências os Senhores Ministros da Saúde e das Finanças, para efeitos de tomada de uma decisão política intercalar a esse respeito, aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico -financeiro, deve ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público, incluindo a sua fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira e propondo os passos procedimentais, ainda não cumpridos, necessários para a sua implementação;"*, tendo ainda ficado responsável por: *"Na sequência da decisão política intercalar que seja tomada, para cada um dos Hospitais de Cascais e de Braga, (seja responsável pelo) desenvolvimento de todas as fases, ações e procedimentos necessários à implementação do modelo escolhido (...)".*

Após a produção, e submissão à tutela, dos respetivos Relatórios Intercalares que concluíram, em ambos os casos, embora com especificidades distintas, pela mais-valia da gestão sob modelo PPP, foram emitidas as respetivas decisões políticas relativas aos passos a adoptar, mediante os Despachos dos Senhores Secretários de Estado Adjunto do Tesouro e das Finanças e da Saúde, n.º 1041-A/2017, publicado a 26 de janeiro de 2017, no caso do Hospital de Cascais, e n.º 6702/2017, publicado a 4 de agosto de 2017, no caso do Hospital de Braga.

2
HM



NOTA INTERNA

De acordo com as instruções da tutela, a Equipa em funções prossegue, à data, os trabalhos com vista ao **lançamento dos concursos públicos em regime de PPP para ambos os Hospitais**, e o Estado propôs a cada uma das EGEST a **renovação dos actuais contratos em vigor por dois anos**, de modo a evitar uma eventual reversão temporária para o Estado, enquanto decorre a preparação e conclusão dos novos concursos.

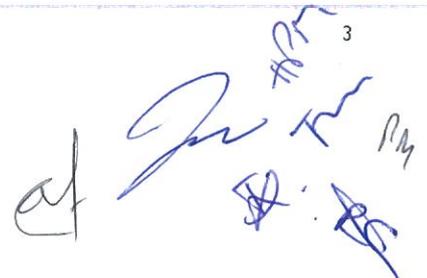
Ora, nos casos dos **Hospitais de Vila Franca de Xira (VFX) e Loures**, o término dos contratos ocorrerá, respectivamente, a **31 de maio de 2021** (daqui a aproximadamente 3 anos) e **18 de janeiro de 2022** (daqui a cerca de 4 anos). No dia subsequente a essas datas, o Estado **tem o dever de assegurar a manutenção de soluções de funcionamento para aqueles Hospitais** que acautelem o interesse público da continuidade da prestação de cuidados às populações servidas, e também a plena legalidade do financiamento dessa prestação.

Pese embora poderem parecer datas ainda distantes, é sabido, da experiência recente havida com Cascais e Braga, que **urge iniciar a avaliação da mais-valia de cada uma destas PPP e apreciar tecnicamente os diferentes modelos passíveis de serem adotados para garantir a continuidade da prestação dos cuidados aos utentes servidos por cada Hospital, após o término desses contratos PPP.**

Sabendo-se hoje que a fase da **avaliação do Value for Money** de cada projecto, desde a decisão sobre a sua necessidade até à formalização da decisão política sobre o caminho a prosseguir após o Relatório técnico, **tende a demorar pelo menos 1 ano**, e que a fase da **preparação, lançamento e conclusão de um novo concurso público PPP na vertente da EGEST** tende a **não demorar menos de 3 anos**, impõe-se que se promova a avaliação destes dois projetos PPP tão depressa quanto possível, sendo perfeitamente admissível, à partida, que as conclusões destes trabalhos de avaliação possam ser díspares entre as duas entidades hospitalares, ou face à avaliação já promovida para Cascais ou Braga.

Efectivamente, o Estado **tem o dever de assegurar a manutenção de soluções de funcionamento para aqueles Hospitais**, que acautelem não só a continuidade absoluta da prestação de cuidados às populações servidas, mas também a plena legalidade do financiamento desta prestação na data do término destes contratos.

Neste contexto, recomenda-se que a **Secretaria de Estado Adjunta e das Finanças (SEAFin)** seja, desde já, envolvida no processo, mediante eventual envio desta Nota a esse Gabinete, com **solicitação de que sejam desencadeados os procedimentos tendentes à constituição de uma Equipa de Projeto para os Contratos PPP (na vertente da EGEST) de VFX e Loures**, da mesma forma que o foram, para as PPP de Cascais e Braga, mediante o Despacho n.º 8300/2016 do Coordenador da UTAP, publicado em DR de 17 de junho de 2016. Essa Equipa deverá, de modo similar, vir a submeter à tutela um *"relatório fundamentado, para efeitos de tomada de uma decisão política intercalar a esse respeito, sobre aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico -*

af  3



NOTA INTERNA

financeiro, deve ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público, incluindo a sua fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira e propondo os passos procedimentais, ainda não cumpridos, necessários para a sua implementação”, bem como assegurar os passos posteriores que vierem a decorrer da decisão política a tomar oportunamente.

Sugere-se ainda o envio da Nota à **ACSS IP** e à **ARSLVT IP**, por forma a que estas entidades desde já procedam à **identificação dos membros da Saúde a integrarem a Equipa** a constituir, e a nomear pela UTAP, atento o regime legal das PPP em vigor (Decreto-Lei nº 111/2012).

À consideração superior,

Ana Sofia Ferreira

Adjunta da Secretária de Estado da Saúde

Handwritten notes and signatures in blue ink at the bottom right of the page, including initials and a small number '4'.

Anexo 5

[Handwritten signature]
P3
A
B

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several smaller initials.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO
ADJUNTO E DAS FINANÇAS

Exma. Senhora
Coordenadora da UTAP - Unidade Técnica de
Acompanhamento de Projetos
(em substituição)
Dra. Maria Ana Soares Zagallo
Rua Braamcamp, n.º 90 - 6.º
1250-052 Lisboa

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
014/2018	18-04-2016	Nº: 1654/2018 ENT.: 1958 de 19-04-2018 PROC. Nº: 19.03.92/2018- 33.09/2018	26-04-2018

ASSUNTO: Término dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Vila Franca de Xira e Loures em regime de PPP na componente da EGEST (serviços clínicos) - Constituição de Equipa de Projeto

Encarrega-me Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e das Finanças, de remeter a V. Exa., cópia da Informação em referência, sobre o assunto mencionado em epígrafe, após ter exarado o seguinte despacho:

DESPACHO Nº 303/18 - SEAFin

"Concordo, nos termos e com os fundamentos propostos na presente Informação.

Determino à UTAP a constituição de uma equipa de projeto com o objeto identificado na presente Informação após indicação dos membros a integrar a referida equipa por S. Exa. a SES.

A S. Exa. a SES, para indicação dos necessários membros.

Ricardo Mourinho Félix

24.04.2018"

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete,


Susana Larisma

AV



Entrada 27/04/2018

Handwritten notes in the bottom right corner, including the letters "Py" and "Rm" written in blue ink.

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

PARECER

Concordo.
À consideração do Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças.

Maria Ana
Soares Zagalo

Assinado de forma digital por Maria Ana Soares Zagalo
Dados: 2018.04.18 18:49:02 +01'00'

DESPACHO N.º 303/18-SEAFin

Concordo com o parecer e com os fundamentos propostos no parecer informado.

Determino à UTAP a constituição de uma equipa de projeto com o objetivo de identificar os pontos críticos e a criação de medidas a implementar a nível da equipa para que seja a S. S. e S. S. para a criação de medidas.

Maria João Silva
24.07.2018

Informação n.º
014/2018

Processo
V. Ref.º n.º 948/2016
Entrada n.º 1102 de 05.03.2018
Processo n.º 19.03.92/2018

Data

Ricardo Mourinho Félix
Secretário de Estado Adjunto e das Finanças

ASSUNTO: TÉRMINO DOS CONTRATOS DE GESTÃO DOS HOSPITAIS DE VILA FRANCA DE XIRA E LOURES EM REGIME DE PPP NA COMPONENTE DA EGEST (SERVIÇOS CLÍNICOS) – CONSTITUIÇÃO DE EQUIPA DE PROJETO

A. INTRODUÇÃO E CONSULTA

1. O processo, com a referência *supra* descrita, foi remetido à Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos ("UTAP"), com pedido de análise, através de ofício do Gabinete do Senhor Secretário Estado Adjunto e das Finanças ("SEAFin"), datado de 9 de março de 2018, tendo sido rececionado pela UTAP no dia 13 de março desse mesmo ano.

Maria João Silva
Ricardo Mourinho Félix
SEAFin

af

PM
APM
PM
APM

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

2. Do processo consta, em anexo, cópia de um ofício do Gabinete da Senhora Secretária de Estado da Saúde (“SES”)¹, com a referência “Proc. 180.01.01”, através do qual, com alusão ao assunto acima referido, é remetida, em anexo, cópia de nota interna desse mesmo Gabinete, de 26 de fevereiro de 2018 (“Nota Interna”), sobre a qual foi exarado o seguinte despacho da SES de 27 de fevereiro de 2017:

«1 – Visto, com a minha concordância.

2 – Remeter a Sua Exa. O SEAFIN, com solicitação de a UTAP promover a criação da Equipa necessária, nos termos do regime legal das PPP.

3 – Enviar à ACSS, IP e à ARSLVT, IP, para indicação dos membros da saúde a integrar a futura equipa.

4 – Dar c/c ao Gabinete do Sr. Ministro e do Sr. SEAS.»

3. Essa Nota Interna incide sobre os contratos de gestão, em regime de parceria público-privada (“PPP”), relativos aos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures, celebrados, respetivamente, em 25 de outubro de 2010 e em 31 de dezembro de 2009 (adiante, “Contrato VFX” e “Contrato Loures”), cujos prazos de duração relativos às entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares terminarão, de acordo com essa nota, em 31 de maio de 2021, no primeiro caso, e em 18 de janeiro de 2022, no segundo caso.

Considerando que as datas de término desses contratos, na vertente de gestão clínica, ocorrerão num futuro próximo, e que no dia subsequente às mesmas o Estado Português tem o dever de assegurar a continuidade da prestação dos serviços clínicos atualmente efetuados nesses dois hospitais, a Nota Interna vem propor que sejam desencadeados os procedimentos tendentes à constituição de uma Equipa de Projeto para os Contratos PPP (na vertente EGEST) de VFX e Loures, da mesma forma que o foram, para as PPP de Cascais e Braga, mediante o Despacho n.º 8300/2016 do Coordenador da UTAP, publicado no DR de 17 de junho de 2016, que “de modo similar [às PPP de Cascais e Braga], (...) submet[er] à tutela um “relatório fundamentado, para efeitos de tomada de uma decisão política intercalar a esse respeito, sobre aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro

¹ Dirigido ao Gabinete do Senhor Ministro das Finanças.

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

deve ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público, incluindo a sua fundamentação económica e respetiva viabilidade financeira e propondo os passos procedimentais, ainda não cumpridos, necessários para a sua implantação”, bem como assegurar os passos posteriores que vierem a decorrer da decisão política a tomar oportunamente² (negrito e sublinhado nosso).

B. ANÁLISE

4. Como é sabido, o modelo dos contratos de gestão, em PPP, no sector da saúde (relativos aos Hospitais de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira) assenta numa gestão partilhada, em que os contratos são executados, em paralelo, por duas entidades distintas: (i) a Entidade Gestora do Edifício (“EGED”), que assegura a gestão do edifício hospitalar, compreendendo as atividades de conceção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção; e, para o que ora mais releva, (ii) a Entidade Gestora do Estabelecimento (“EGEST”), que assegura a prestação de serviços clínicos.

No que diz respeito à gestão do estabelecimento hospitalar, os referidos contratos têm uma duração de dez anos. No caso de Vila Franca de Xira, esse prazo conta-se a partir da data da transmissão do estabelecimento hospitalar³, a qual “ocorre no dia da produção de efeitos do Contrato”, o qual, por sua vez, tem lugar “no primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto do Tribunal de Contas, exceto se a notificação da concessão do Visto às Entidades Gestoras ocorrer após o dia 15 do mês em que o Visto é concedido, caso em que o Contrato produz efeitos no primeiro dia do segundo mês seguinte ao da notificação Transmissão do Estabelecimento Hospitalar ocorre no primeiro dia do segundo mês seguinte ao da notificação”⁴. No caso do Hospital de Loures, o prazo de dez anos conta-se desde a data de entrada em

² Cfr. pp. 3 e 4 da Nota Interna

³ Relativamente à gestão do edifício, a cargo das EGED, no caso do Hospital de Loures o prazo é de trinta anos a contar da data de assinatura de cada contrato (cfr. Cláusula 80.ª do Contrato Loures) e, no caso do Hospital de Vila Franca de Xira, o prazo também é de trinta anos mas a contar da data de produção de efeitos que corresponde à data da transmissão do estabelecimento hospitalar (cfr. n.º 1 e 2 da Cláusula 140.ª do Contrato VFX).

⁴ Cfr. alínea a) do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 1 e 2 da cláusula 140.ª do Contrato VFX



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

funcionamento do estabelecimento hospitalar, a qual ocorre no "momento em que é aberto ao público o primeiro serviço médico do Estabelecimento Hospitalar"⁵.

5. Prevê-se, não obstante, a possibilidade de extensão deste período inicial, por recurso à faculdade de "renovação" do contrato⁶.

Nos termos contratualmente previstos, a renovação destes contratos só pode, porém, ocorrer por períodos sucessivos não superiores a dez anos e desde que a soma do prazo inicial com o(s) da(s) respetiva(s) renovação(ões) não exceda, em qualquer caso, o termo do prazo (de trinta anos) estabelecido para a respetiva E.G.H.D.

No caso do Contrato Loures, a possibilidade de renovação depende ainda, cumulativamente, de:

- a) O resultado das avaliações de desempenho realizadas ser qualificado, em todos os anos, no mínimo, como "bom";
- b) O parceiro público não pretender, "*por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato*"; e de
- c) A renovação não colidir "*com qualquer dos princípios do regime de parcerias definido no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto*", especialmente o disposto na alínea e) do artigo 3.º desse diploma"⁷.

⁵ Cfr. n.º 1 da Cláusula 38.ª e n.º 1 da Cláusula 1.ª do Contrato Loures.

⁶ Cfr. n.º 2 e 4 da Cláusula 38.ª do Contrato Loures, e n.º 2 e 3 da Cláusula 8.ª do Contrato VFX.

⁷ Cfr. n.º 2 da cláusula 38.ª do Contrato Loures.

⁸ Diploma que define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, pese embora se encontre significativamente esvaziado de conteúdo na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio ("Decreto-Lei n.º 111/2012").

⁹ Desta disposição legal decorria a necessidade de a contratação (ou sua renovação) "ser precedida de uma avaliação prévia sobre a sua economia, eficiência e eficácia, bem como de uma análise da respetiva sustentabilidade financeira"

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

A renovação dos contratos de gestão, na parte referente ao estabelecimento hospitalar, é da *iniciativa do parceiro público*, que tem de manifestar essa sua vontade através de notificação à EGEST até dois anos antes do final do prazo inicial aplicável ou da respetiva renovação¹⁴.

Tal significa que, tendo em conta a antecedência contratualmente exigida para a eventual decisão de renovação dos contratos, tal intenção, a confirmar-se, terá de ser notificada pelo parceiro público à respetiva EGEST até às datas-limite abaixo indicadas:

CONTRATO DE GESTÃO (EGEST)	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO
HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA	Até 31.05.2019
HOSPITAL DE LOURES	Até 18.01.2020

6. Como é referido na Nota Interna, a criação de uma equipa com as funções acima descritas não é inédita, tendo sido o modelo adotado também a propósito da iminência da caducidade dos contratos de gestão, na vertente clínica, relativos aos Hospitais de Braga e de Cascais, em relação aos quais foi criada uma equipa de projeto, através do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho, do (então) Coordenador da UTAP (“Despacho n.º 8300/2016”), que a mandou para desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões públicas que se precipitavam no quadro da caducidade desses contratos.

Aí se determinou que os trabalhos da equipa deveriam avançar a dois tempos, a saber:

- (a) *Num primeiro momento*, cumpriria à equipa (i) identificar e avaliar tecnicamente os diferentes modelos passíveis de garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o termo do prazo inicial dos contratos; e, (ii) de entre esses modelos e tendo por base os procedimentos e pressupostos previstos no Decreto-Lei n.º 111/2012, com as devidas adaptações, propor aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, se entendesse dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse

¹⁴ Cfr. n.º 5 da Cláusula 38.ª do Contrato Loures e n.º 4 da Cláusula 8.ª do Contrato VFN.

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

público, em relatório que incluía a sua fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira e proponha os passos procedimentais, ainda não cumpridos, necessários para a sua implementação, a apresentar aos membros do Governo com competência nas áreas da saúde e das finanças, para efeitos de tomada de uma decisão política a esse respeito; e

(b) *Num segundo momento*, e na sequência da decisão política que fosse tomada, caberia à equipa desenvolver todas as fases, ações e procedimentos necessários à implementação do modelo escolhido, devendo, nos casos em que tal se imponha e justifique, ser assegurado o cumprimento dos mecanismos procedimentais necessários e ainda não cumpridos, previstos nos artigos 9.º, 10.º, 21.º e 22.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.

7. Os trabalhos relativos ao primeiro momento foram realizados de acordo com previsto no predito despacho, tendo culminado com a elaboração de dois relatórios intercalares.

No início do mês de outubro de 2016, a equipa apresentou o Relatório Intercalar relativo ao Hospital de Cascais, de acordo com o qual recomendou a adoção de um modelo de PPP, em detrimento de um cenário de internalização, e o lançamento de um procedimento concursal para a formação e celebração de um novo contrato de gestão para aquele hospital, bem como a prossecução dos passos subsequentes para a aprovação do seu lançamento.

Em consequência, através do Despacho n.º 1041-A/2017, de 25 de janeiro, o (então) Senhor Secretário de Estado da Saúde e o (então) Senhor Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças aprovaram formalmente o Relatório Intercalar e determinaram, em síntese, para o que aqui releva, o lançamento de uma nova parceria como modelo preferencial com vista à melhor prossecução do interesse público.

De igual modo, no mês de abril de 2017, a equipa apresentou o Relatório Intercalar relativo ao Hospital de Braga, de acordo com o qual também recomendou adoção de um modelo de PPP, em detrimento de um cenário de internalização, e a renovação do contrato de gestão, caso o membro do Governo responsável pela área da saúde confirme a desnecessidade de introdução de modificações passíveis de serem consideradas incompatíveis com a continuidade desse contrato.

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

No entanto, uma vez que o (então) Senhor Secretário de Estado da Saúde, através de despacho datado de 2 de junho de 2017, identificou a necessidade de introdução nesse contrato de um conjunto de modificações inconciliáveis com a continuidade do mesmo, através do Despacho n.º 6702/2017, de 28 de julho, aprovou formalmente, em conjunto com o SEAFin, o Relatório Intercalar relativo ao Hospital de Braga e determinou o lançamento de uma nova parceria como modelo preferencial com vista à melhor prossecução do interesse público, bem como a prossecução dos passos subsequentes para a aprovação do seu lançamento.

8. Tal como a Nota Interna refere e bem, perante a iminência de caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares de Vila Franca de Xira e Loures, surge a necessidade de o Estado Português ponderar as opções, cenários e procedimentos que se lhe colocam com vista a assegurar, sem interrupções e da melhor forma possível, a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes servidos pelos hospitais em causa.

Embora ainda falem aproximadamente doze meses para o Estado Português ter que tomar uma decisão quanto à renovação do Contrato VFX, e cerca de vinte e um meses para essa decisão ter que ser adotada quanto ao Contrato Loures, a experiência com os processos de Cascais e Braga demonstrou que o procedimento de avaliação dessas parcerias, desde a decisão política relativa à necessidade de criação de uma equipa de projeto para avaliar o *value for money* da PPP até à formalização da decisão política final quanto às conclusões dos estudos realizados, tende a demorar vários meses (como aliás é reconhecido na p. 3 da Nota Interna)¹¹, pelo que, pelo menos quanto a Vila Franca de Xira, impõe-se a criação de uma equipa de projeto o quanto antes.

Neste contexto, parece-nos pertinente e avisado que, à semelhança do que foi efetuado aquando da proximidade da caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares de Cascais e de Braga – e que serviu de base às decisões políticas que foram tomadas a respeito desses contratos –, seja criada uma

¹¹ No caso do Hospital de Cascais, o despacho conjunto do SES e do SEAFin de aprovação do relatório intercalar e de decisão quanto ao lançamento de uma nova parceria foi emitido sete meses após a constituição da equipa de projeto (27 de junho 2016) e três meses após a entrega do respetivo relatório por aquela equipa (outubro de 2016). No caso do Hospital de Braga, o despacho conjunto de decisão de não renovação data de 28 de julho de 2017.

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

equipa de projeto que tenha, justamente, em moldes similares aos que foram adotados pela equipa de projeto de Cascais e Braga, a função de desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões públicas que se precipitam no quadro do término iminente dos Contratos VFX e Loures.

Em termos mais concretos, é importante que, seguindo uma metodologia idêntica à que foi aplicada na avaliação das parcerias de gestão clínica dos hospitais de Cascais e de Braga¹², essa equipa fique incumbida de identificar e avaliar os diferentes modelos (ou “cenários”, para utilizar a expressão usada na Nota Interna) passíveis de garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o termo do prazo inicial dos contratos, e, de entre esses modelos, proponha aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, entenda dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público.

Essa via permite, desde logo, que seja garantido um tratamento homogêneo, em termos de pressupostos decisórios, em todas as PPP na saúde, independentemente daquela que seja a entidade pública concretamente responsável pela gestão e monitorização dos contratos, assegurando o tratamento equitativo de todos os parceiros privados no sector da saúde e uma gestão pública coordenada. Para além disso, a circunstância de a análise continuar a ser realizada por uma equipa constituída, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, por pessoas nomeadas pelos membros do Governo com responsabilidade nas áreas do projeto e das finanças, possibilita ainda beneficiar da experiência já acumulada ao nível do setor público com o trabalho anteriormente efetuado, potenciando o desenvolvimento e a consolidação do *know how* adquirido nesta matéria, e evitando a necessidade, cada vez menos recorrente mas ainda existente, de recurso a consultores externos para a realização deste tipo de análises – eliminando-se os gastos públicos com este tipo de serviços e a dispersão do saber adquirido por múltiplas entidades do setor privado.

¹² O que não prejudica, *por um lado*, que cada decisão deva ser tomada caso a caso, atendendo às circunstâncias e peculiaridades de cada contrato em concreto, nomeadamente considerando os pressupostos e as características de cada uma das PPP's, o histórico da respetiva execução e a performance de cada parceiro privado, e, *por outro lado*, que as decisões que venham a ser tomadas sobre a solução a adotar em cada um dos contratos em análise, possa ser diferente das decisões já tomadas quanto a Cascais e Braga.



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Por esses motivos, parece-nos que a replicação do *modus operandi* adotado quanto às PPP's de Cascais e Braga é elevadamente recomendável, pelo que se sugere que a sugestão de criação de uma equipa de projeto para os contratos de Vila Franca de Xira e de Loures na vertente clínica seja acolhida pelo SEAFin, sendo essa equipa incumbida da mesma missão que foi atribuída à equipa criada através do Despacho n.º 8300/2016.

9. Embora as tarefas incluídas no primeiro momento dos trabalhos da equipa, de avaliação da PPP e confronto entre os vários modelos possíveis, como também a implementação de alguns dos cenários subsequentes ao modelo adotado, escapem à aplicação direta do Decreto-Lei n.º 111/2012¹³, cedo se entendeu submeter este processo à aplicação deste diploma, considerando-se, designadamente, que o lançamento de um novo procedimento concursal é um dos cenários em concreto possíveis de ser adotado, razão pela qual faria sentido a observância do procedimento previsto para a contratação de uma nova parceria, com as devidas adaptações. Esta solução foi também entendida como uma forma a mitigar o risco de não concretização da solução que viesse a ser escolhida, aproveitando sinergias e ganhando celeridade no desenvolvimento dos trabalhos abarcados por cada fase.
10. Sobre essa matéria, na Informação UTAP n.º 13/2016, de 14 de abril (“**Informação UTAP**”), concordou-se integralmente com o proposto, “*não só porque torna possível a execução dessas tarefas de forma mais simples, célere, eficaz e eficiente por serem realizadas pelo mesmo grupo de trabalho – aproveitando-se assim os conhecimentos e as sinergias que necessariamente se criarão no seio da equipa, sendo, aliás um trabalho necessariamente consequente – , mas também porque a alternativa seria criar uma estrutura de missão, uma comissão ou um grupo de trabalho paralelo, que, na prática, desempenharia exatamente as mesmas funções que serão desempenhadas pela equipa de projeto, mas que poderia implicar uma eventual menor eficiência (designadamente pelo não aproveitamento da antecipável economia de experiência) que [...] não se justifica*”.

¹³ Com efeito, em bom rigor, este diploma legal só seria necessariamente aplicável depois de se decidir avançar com o lançamento de uma nova parceria ou com a renegociação dos atuais contratos, através da criação de uma equipa de projeto ou de uma comissão de negociação para esse efeito (artigos 12.º e 21.º do Decreto-Lei n.º 111/2012).



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

“Ademais, e não menos importante, [sublinhou a UTAP] que qualquer decisão que venha a ser proposta deverá ser alicerçada numa adequada fundamentação que deverá contemplar, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção em causa e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público, o que se entende estar devidamente salvaguardado com o modus operandi [...] proposto, que submete o duplo objeto dos trabalhos da equipa de projeto ao crivo do Decreto-Lei n.º 111/2012, com as devidas adaptações”.

Pelas mesmas razões que foram invocadas na Informação da UTAP, concorda-se com o sugerido na Nota Interna e no Despacho da SI&S que foi exarado sobre a mesma, no sentido de ser criada uma equipa de projeto com as funções acima elencadas à qual seja aplicável o regime previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, desde que essa aplicação seja efetuada com as devidas adaptações.

11. Nessa informação ressaltou-se, porém, que, caso as decisões políticas que venham a ser tomadas na sequência da avaliação dos cenários em confronto implique a implementação subsequente de modelos expressamente abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 111/2012 (concretamente, o lançamento de novas parcerias ou a renegociação dos contratos), o desenvolvimento dos respetivos trabalhos fica dependente do preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis e ainda não observados – ressalva que, aliás, ficou expressamente contemplada na parte final da alínea b) do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016.

Quer-se com isto dizer que, caso depois de apresentado cada um dos relatórios intercalares, as decisões políticas subsequentes sejam no sentido do lançamento de uma nova parceria, como ainda não estão reunidos (por impossibilidade lógica) os pressupostos legais de que depende, nos termos do n.º 3 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, a tomada de uma decisão, por parte do SI&S, de determinação da criação de uma equipa de projeto para o exercício das funções especificamente previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, o pleno exercício dessas funções dependerá do preenchimento integral, *a posteriori*, desses requisitos. Em termos mais concretos, será necessária, além do mais, a apresentação de uma proposta

UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

fundamentada que indique “nomeadamente, o objeto da parceria, os objetivos que se pretendem alcançar, a sua fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira do projeto”¹¹.

É o mesmo se diga se as decisões políticas intercalares forem no sentido da renovação dos contratos em vigor com alteração do respetivo conteúdo. Caso, depois de tomadas essas decisões e conhecido o respetivo conteúdo, se conclua que essa alteração deverá ser levada a cabo por uma comissão de negociação, constituída nos termos e para os efeitos previstos nos artigos 21.º e 22.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, terá então que ser integralmente cumprido o aí previsto, através da apresentação de uma proposta fundamentada “*indicando, nomeadamente, os fundamentos para o início do processo negocial e os objetivos que se pretendem alcançar*”, conforme exigido pelo n.º 2 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.

Em síntese, embora não vejamos nenhum inconveniente ou impossibilidade em se admitir a constituição, no imediato, de uma equipa de projeto que fique desde já incumbida de também “assegurar os passos posteriores que vierem a decorrer da divisão política a tomar oportunamente”, caso estes passem pela implementação de modelos expressamente abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 111/2012, o desenvolvimento dos respetivos trabalhos deve ficar dependente do preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis, ainda não observados.

12. Importa aqui ainda recordar que a *proposta fundamentada* relativa à constituição da equipa de projeto para a apreciação das parcerias relativas aos hospitais de Cascais e de Braga foi instruída com informações das respetivas administrações regionais de saúde (a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a Administração Regional de Saúde do Norte) com uma avaliação sumária do funcionamento de cada uma das parcerias e a identificação dos principais aspetos que deveriam ser objeto de alteração no quadro contratual que viesse a regular a prestação de serviços clínicos naqueles hospitais nos próximos anos - o que não sucede na Nota Interna que fundamenta agora o pedido de constituição de uma equipa para a apreciação das PPP relativas aos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures.

¹¹ Cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, tal circunstância não impede que se proceda, desde já, à constituição da referida equipa, podendo a identificação dessas alterações ser comunicada àquela já no decorrer dos trabalhos.

Sem prejuízo do exposto, importa ter presente que a identificação das alterações que devem ser introduzidas na regulação desses serviços nos próximos anos se afigura essencial para a apreciação por aquela equipa dos vários modelos passíveis de serem adotados para a exploração daqueles hospitais, pelo que, tratando-se de uma matéria diretamente relacionada com a organização e prestação dos cuidados de saúde, tal identificação deverá ser feita pelos serviços do Ministério da Saúde competentes e comunicada, o quanto antes, à equipa que venha a ser constituída.

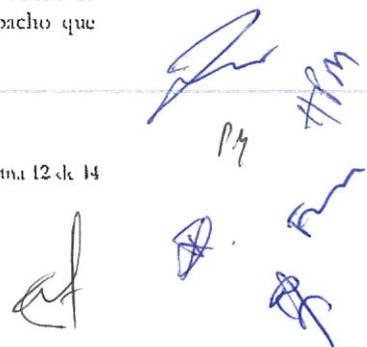
13. Por fim, quanto à solicitada constituição da equipa de projeto, aplicando-se o Decreto-Lei n.º 111/2012, competirá à Coordenadora da UTAP, uma vez recebida a determinação do SE:AFin nesse sentido, proceder à sua designação, integrando os membros indicados pela SES e indicando o respetivo presidente¹⁵.

Tal como resulta do Despacho da SES que concorda com a Nota Interna aqui em análise, essa indicação foi solicitada à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., não tendo, até momento, a UTAP recebido qualquer informação de que a mesma já tenha sido concretizada¹⁶.

Assim sendo, caso o SE:AFin determine à UTAP a constituição da equipa de projeto, nos moldes sugeridos pela Nota Interna, ter-se-á ainda que aguardar essa indicação para que essa constituição se possa efetivar.

¹⁵ Cfr. n.º 3 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.

¹⁶ Atento o disposto no n.º 2 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, caberá à SES indicar dois ou três membros efetivos e um ou dois suplentes, respetivamente, para integrar essa equipa, sendo os restantes membros efetivos e suplentes indicados pela Coordenadora da UTAP no despacho que constitui a equipa, o qual deve também indicar o presidente da equipa.



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

C. CONCLUSÃO

- a) Perante a iminência de caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares de Vila Franca de Xira e Loures, surge a necessidade de o Estado Português ponderar as opções, cenários e procedimentos que se lhe colocam com vista a assegurar, sem interrupções e da melhor forma possível, a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes servidos pelos hospitais em causa;
- b) Embora ainda faltem aproximadamente doze meses para o Estado Português ter que tomar uma decisão quanto à renovação do Contrato VFX, e cerca de vinte e um meses para essa decisão ter que ser adotada quanto ao Contrato Loures, a experiência com os processos de Cascais e Braga demonstrou que desde a decisão política relativa à necessidade de criação de uma equipa de projeto para avaliar o *value for money* da PPP até à formalização da decisão política final quanto às conclusões dos estudos realizados, tende a demorar mais do que um ano (como aliás é reconhecido na p. 3 da Nota Interna), pelo que, pelo menos quanto a Vila Franca de Xira, impõe-se a criação de uma equipa de projeto o quanto antes;
- c) Neste contexto, parece-nos pertinente e avisado que, à semelhança do que foi efetuado aquando da proximidade da caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares de Cascais e de Braga –e que serviu de base às decisões políticas que foram tomadas a respeito desses contratos–, seja criada uma equipa de projeto que tenha, justamente, em moldes similares aos que foram adotados pela equipa de projeto de Cascais e Braga, a função (i) de desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões políticas que se precipitam no quadro do término iminente dos Contratos VFX e Loures, e (ii) de assegurar a realização dos passos posteriores que vierem a decorrer dessas decisões;
- d) Atentas as vantagens acima elencadas, é desejável que a essa equipa de projeto seja aplicável o regime previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, desde que essa aplicação seja efetuada com as devidas adaptações, uma vez que algumas das tarefas cometidas à mesma escapam à aplicação direta desse diploma;



UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

- e) Ademais, importa ainda alertar que caso as decisões políticas que venham a ser tomadas na sequência da avaliação dos vários cenários passíveis de serem aplicados implique a implementação subsequente de modelos expressamente abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 111/2012 (concretamente, o lançamento de novas parcerias ou a renegociação dos contratos), o desenvolvimento dos respetivos trabalhos deve ficar dependente do preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis e ainda não observados;
- f) Para a constituição da referida equipa de projeto, deverá a SIES indicar três membros efetivos e dois suplentes para integrar essa mesma equipa.

À consideração superior,

Sofia Viana Fernandes

Sofia Viana Fernandes



2

J
HPM
R
B

Anexo 6



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top, initials 'PM' and 'HPM' below it, and several other initials and marks at the bottom right.

at

John
H.M.
F. H.
B

Denominação	Vila Nova de Cerveira
Lugar	Vila Nova de Cerveira
Rua e N.º Policial	Largo de São Sebastião — Castelo.
Confrontações	Norte: Rua do cais; Sul: Rua Costa Pereira e Rua de César Maldonado; Nascente: Praça da Liberdade; Poente: Rua Costa Pereira e Avenida dos Pescadores.
Distrito	Viana do Castelo
Concelho	Vila Nova de Cerveira
Freguesia	UF de Vila Nova de Cerveira e Lovelhe
Natureza	Urbana
Composição	Castelo medieval de planta oval com oito torres quadrangulares.
Área coberta (m²)	2 477,50
Área descoberta (m²)	2 115,70
Artigo da matriz	1067
Descrição sob os N.ºs	734 m² pertencem aos prédios 13, 562, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 943, 954, 1063, e 1064 todos de Vila Nova de Cerveira. Restante área omissa.
Licença	Isento — anterior a 1951 — Imóvel Interesse Público.

311594619

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Despacho n.º 8323/2018

Considerando que:

a) Os contratos de gestão, em regime de parceria público-privada, relativos aos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures, na parte relativa às entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares, isto é, na vertente de gestão clínica, caducam, no primeiro caso, no dia 31 de maio de 2021, e no segundo caso, no dia 18 de janeiro de 2022;

b) Que neles está prevista a possibilidade de renovação, nessa parte, por sucessivos períodos não superiores a dez anos cada um, desde que a soma do prazo inicial com o(s) da(s) respetiva(s) renovação(ões), não exceda, em qualquer caso, o termo do prazo fixado para a execução das prestações assumidas pelas entidades gestoras dos edifícios, que é de trinta anos, e, no caso do contrato de gestão relativo ao hospital de Loures, apenas no caso de estarem verificadas determinadas circunstâncias contratualmente previstas;

c) A eventual renovação desses contratos de gestão, na parte referente ao estabelecimento hospitalar, é da iniciativa do parceiro público, que tem de manifestar essa sua vontade através de notificação às entidades gestoras do estabelecimento até dois anos antes do final do prazo inicial aplicável ou da respetiva renovação, isto é, até 31 de maio de 2019, no caso do contrato de gestão referente ao hospital de Vila Franca de Xira, e até 18 de janeiro de 2020, no caso do contrato de gestão relativo ao hospital de Loures;

d) As decisões de renovação ou de não renovação dos referidos contratos de gestão e, neste último caso, de determinação da(s) solução(ões) suscetível(is) de ser(em) adotada(s) após a caducidade dos contratos na parte relativa à gestão clínica — de modo a garantir a continuidade, sem interrupções e da melhor forma possível, da prestação de cuidados de saúde às populações servidas por esses dois hospitais — têm, naturalmente, relevantes implicações jurídicas e económico-financeiras, com impacto nas contas públicas, que carecerem de ser analisadas com a participação de várias entidades do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, e assumidas, a final, de forma conjunta, pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde quanto àquela que é a opção que melhor defende o interesse público em cada um dos casos;

e) O modelo adotado a propósito da iminência da caducidade dos contratos de gestão, também na vertente de gestão clínica, relativos aos hospitais de Braga e de Cascais, passou pela criação de uma equipa de projeto, através do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho, do (então) Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (“UTAP”) — o qual foi publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 121, de 27 de junho de 2016 (“Despacho n.º 8300/2016”) e alterado pelo Despacho n.º 1200/2018, de 25 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 24, de 2 de fevereiro de 2018 —, que foi mandatada para desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões públicas que se precipitavam no quadro dessa caducidade, e cujos trabalhos técnicos serviram de base e de fundamento às decisões que foram tomadas a respeito de cada um desses contratos;

f) Perante a proximidade de caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares de Vila Franca de Xira e Loures, e tendo em consideração a metodologia seguida no âmbito dos processos de Cascais e de Braga adquirida com a criação da equipa a que se refere o considerando anterior, entenderam o Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças e a Senhora Secretária de Estado da Saúde que se impunha a manutenção do mesmo *modus operandi* que foi aplicado na avaliação destas duas últimas parcerias, através da criação de uma nova equipa de projeto, em moldes similares aos previstos nos artigos 9.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio (“Decreto-Lei n.º 111/2012”), com as devidas adaptações, que fique incumbida de levar a cabo idênticas tarefas;

g) A via prevista no considerando anterior permite que seja garantido um tratamento homogêneo, em termos de pressupostos decisórios, em todas as parcerias público-privadas na área da saúde, independentemente daquela que seja a entidade pública concretamente responsável pela gestão e monitorização dos contratos, assegurando o tratamento equitativo de todos os parceiros privados no sector da saúde e uma gestão pública coordenada, o que não prejudica, por um lado, que cada decisão deva ser tomada caso a caso, atendendo às circunstâncias e peculiaridades de cada contrato em concreto, nomeadamente considerando os pressupostos e as características de cada uma das parcerias público-privadas, o histórico da respetiva execução e a performance de cada parceiro privado, e, por outro lado, que as decisões que venham a ser tomadas sobre a solução a adotar em cada um dos contratos em análise, possa ser diferente das decisões já tomadas quanto a Cascais e Braga;

h) Através do despacho da Senhora Secretária de Estado da Saúde, de 27 de fevereiro de 2018, o qual foi exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 26 de fevereiro desse mesmo ano, foi decidida

a aprovação da constituição de uma equipa de projeto, nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012, com mandato semelhante ao da equipa de projeto criada através do Despacho n.º 8300/2016, que submeta um “relatório fundamentado, para efeitos de tomada de uma decisão política intercalar a esse respeito, sobre aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, deve ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público, incluindo a sua fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira e propondo os passos procedimentais, ainda não cumpridos, necessários para a sua implementação”;

i) Na sequência do despacho a que se refere o considerando anterior, por Despacho de 24 de abril de 2018, proferido pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e das Finanças, o qual foi lavrado sobre a Informação da UTAP n.º 014/2018, de 18 de abril de 2018, foi determinada a esta Unidade “a constituição de uma equipa de projeto com o objeto identificado [nessa] informação após indicação dos membros a integrar a referida equipa por S. Exa. A SES”, indicação essa que chegou entretanto ao conhecimento da UTAP;

Assim, tendo em conta o acima referido, nos termos das disposições conjugadas do artigo 10.º, aqui aplicado por determinação dos despachos referidos nos Considerandos h) e i), e da alínea e) do n.º 2 do artigo 39.º, todos do Decreto-Lei n.º 111/2012 determino:

1) A constituição de uma equipa de projeto que, para cada um dos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures:

a) Tendo presente as datas limite em que terão que ser tomadas as decisões políticas de renovação (ou não) dos contratos de gestão dos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures, na parte referente às entidades gestoras dos estabelecimentos, respetivamente os dias 31 de maio de 2021 e 18 de janeiro de 2022, identifique e avalie tecnicamente, os diferentes modelos passíveis de ser adotados para garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o término desses contratos na vertente de gestão clínica, e, de entre esses modelos e tendo por base os procedimentos e pressupostos previstos no Decreto-Lei n.º 111/2012, com as devidas adaptações, proponha, em relatório fundamentado, aos Senhores Ministros da Saúde e das Finanças, para efeitos de tomada de uma decisão política intercalar a esse respeito, aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, deve ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público, incluindo a sua fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira e propondo os passos procedimentais, ainda não cumpridos, necessários para a sua implementação;

b) Na sequência da decisão política intercalar que seja tomada, para cada um dos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures, seja responsável pelo desenvolvimento de todas as fases, ações e procedimentos necessários à implementação do modelo escolhido, devendo, nos casos em que tal se imponha e justifique, ser assegurado o cumprimento dos mecanismos procedimentais necessários e ainda não cumpridos, previstos nos artigos 9.º, 10.º, 21.º e 22.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.

2) A seguinte composição para a mencionada equipa de projeto:

(i) Presidente: Vítor Manuel Batista de Almeida, por indicação da UTAP;

(ii) Restantes membros efetivos:

José Carlos Caiado, por indicação da Senhora Secretária de Estado da Saúde;

João Luís Lemos de Matos, por indicação da Senhora Secretária de Estado da Saúde;

Maria Suzete Pereira Cardoso, por indicação da Senhora Secretária de Estado da Saúde;

Rita Domingues dos Santos da Cunha Leal, por indicação da UTAP; Isabel Maria Lobo de Lima Mayer Martinha, por indicação da UTAP; Pedro Faria Henriques Rodrigues Nicolau, por indicação da UTAP.

(iii) Membros suplentes:

Pedro Nobre da Veiga Neto Miranda, por indicação da Senhora Secretária de Estado da Saúde;

Nuno José Martins Botelho, por indicação da Senhora Secretária de Estado da Saúde;

Ana Sofia Arsénio Viana Fernandes, por indicação da UTAP; Ana Sofia Rodrigues Matos, por indicação da UTAP.

3) A participação, na referida equipa de projeto, de qualquer um dos respetivos membros não confere direito a qualquer remuneração adicional.

4) Sem prejuízo do apoio técnico e logístico que deverá ser prestado pelas entidades públicas e sob tutela sectorial, as reuniões inerentes a este processo, incluindo as sessões de negociação, terão lugar nas

instalações da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, sitas na Rua Braamcamp, n.º 90, 6.º andar, 1250-052 Lisboa.

5) O presente despacho produz efeitos a partir da data da sua assinatura.

16 de agosto de 2018. — A Coordenadora da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, *Maria Ana Soares Zagalo*.

311592391

ADMINISTRAÇÃO INTERNA, PLANEAMENTO E DAS INFRAESTRUTURAS, AMBIENTE E MAR

Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I. P.

Deliberação n.º 956/2018

Considerando que a Portaria n.º 221/2012, de 20 de julho, veio introduzir um conjunto de requisitos técnicos, com vista a adaptar ao progresso técnico as inspeções realizadas pelos centros de inspeção.

Considerando que a utilização de sistemas óticos de reconhecimento da matrícula e a integração automática no registo informático da inspeção, dos resultados dos ensaios realizados, constituem um elemento de melhoria do controlo e da transparência da atividade dos CITVs.

Considerando que se encontra já ultrapassado o prazo estabelecido pela Lei n.º 11/2011, para a adaptação dos CITVs já existentes, àquela Portaria.

Assim delibera o Conselho Diretivo do IMT, I. P., em reunião realizada em 11/07/2018, ao abrigo do disposto na alínea k) do n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 236/2012, de 31 de outubro, com a última redação em vigor, o seguinte:

1 — Os centros de inspeção técnica de veículos, devem respeitar nas inspeções realizadas, o seguinte:

- Integração automática dos resultados dos ensaios realizados;
- Aquisição automática da fotografia dos veículos inspecionados;
- Aquisição e registo do número de rotações do motor e da sua temperatura no âmbito do ensaio do sistema de controlo das emissões poluentes;
- Utilização do equipamento fotométrico, na medição do índice de transmissão luminosa dos vidros;
- Possibilidade de utilização do frenómetro para veículos pesados, para veículos com tara superior a 1,5 t;
- Utilização do detetor de fugas de gases combustíveis;
- Utilização da simulação de carga, no ensaio do sistema de travagem dos veículos pesados.

2 — O disposto no número anterior entra em aplicação no dia 1 de agosto de 2018, com exceção do previsto na alínea g), que entra em aplicação após aprovação e publicação no *Diário da República*, da deliberação prevista no Decreto-Lei n.º 144/2012, na sua última redação, que estabelece a nova classificação de deficiências.

11 de julho de 2018. — O Presidente do Conselho Diretivo, *Eduardo Elísio Silva Peralta Feio*.

311582971

Deliberação n.º 957/2018

Pelo aviso n.º 11464/2017, publicitado no *Diário da República* n.º 1881, de 28 de setembro de 2017 e divulgado na Bolsa de Emprego Público com a ref: OE201709/0554, foi aberto procedimento concursal para preenchimento do cargo de direção intermédia do 2.º grau — Chefe do Departamento de Recursos Financeiros do IMT, I. P.

Concluído o respetivo procedimento concursal e mediante proposta fundamentada do correspondente júri, nos termos dos números 9 a 11 do artigo 21.º do Estatuto do Pessoal Dirigente aprovado pela Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro e republicado em anexo à Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto, na sua versão atual, o Conselho Diretivo do IMT, I. P. deliberou não designar nenhum dos candidatos, dado não possuírem perfil adequado às funções.

Considerando que o lugar de Chefe do Departamento de Recursos Financeiros se encontra vago por cessação de funções, a seu pedido, da anterior titular e que se torna urgente garantir o normal funcionamento desta unidade orgânica de nível II.

O Conselho Diretivo, no exercício dos poderes que lhe são conferidos pela alínea f) do n.º 1 do artigo 21.º da Lei-Quadro dos Institutos Públicos, aprovada pela Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual e ao abrigo do disposto no artigo 27.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, na redação conferida pela Lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro, verificando-se todos os requisitos legais exigidos, procede à designação,

Anexo 7

af
P
M
H
R
B

ad
P
HPM
P
B

Aviso n.º 4125/2019

Nos termos e para os efeitos previstos no n.º 6 do artigo 36.º da Portaria n.º 83A/2009, de 22 de janeiro, conjugado com o disposto nos n.ºs 4 a 6 do artigo 46.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, torna-se público que o trabalhador David Alexandre César Costa concluiu com sucesso o período experimental, na carreira e categoria de assistente técnico, realizado na sequência da aprovação no procedimento concursal aberto pelo Aviso n.º 3619/2018, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 56, de 20 de março de 2018, tendo-lhe sido atribuída a avaliação final de 16,48 valores, a qual foi homologada pelo despacho do Secretário-Geral do Ministério das Finanças, de 05 de fevereiro de 2019.

18 de fevereiro de 2019. — O Secretário-Geral-Adjunto do Ministério das Finanças, *Adérito Duarte Simões Tostão*.

312093246

Aviso n.º 4126/2019

Nos termos e para os efeitos previstos no n.º 6 do artigo 36.º da Portaria n.º 83A/2009, de 22 de janeiro, conjugado com o disposto nos n.ºs 4 a 6 do artigo 46.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, torna-se público que o trabalhador David Alexandre César Costa concluiu com sucesso o período experimental, na carreira e categoria de assistente técnico, realizado na sequência da aprovação no procedimento concursal aberto pelo Aviso n.º 3619/2018, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 56, de 20 de março de 2018, tendo-lhe sido atribuída a avaliação final de 16,48 valores, a qual foi homologada pelo despacho do Secretário-Geral do Ministério das Finanças, de 05 de fevereiro de 2019.

18 de fevereiro de 2019. — O Secretário-Geral-Adjunto do Ministério das Finanças, *Adérito Duarte Simões Tostão*.

312093149

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos**Despacho n.º 2625/2019**

Considerando que:

a) Através do Despacho n.º 8300/2016, de 15 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos («UTAP»), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 121, de 27 de junho de 2016, foi constituída a equipa de projeto para os Hospitais de Cascais e de Braga que, tendo presente as datas limite em que teriam de ser tomadas as decisões de renovação (ou não) dos contratos de gestão desses hospitais na parte referente às entidades gestoras dos estabelecimentos, identificou e avaliou tecnicamente os diferentes modelos passíveis de ser adotados para garantir a continuidade da prestação de cuidados de saúde após o termo do prazo inicial desses contratos e propôs, em relatório fundamentado, aos Senhores Ministros da Saúde e das Finanças, para efeitos de tomada de uma decisão política intercalar a esse respeito, aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, seria o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público, incluindo a sua fundamentação económica e respetiva viabilidade financeira, cabendo-lhe ainda o desenvolvimento das fases, ações e procedimentos subsequentes nos termos definidos («Equipa de Projeto»);

b) A atual composição da Equipa de Projeto resulta do Despacho n.º 1200/2018, de 25 de janeiro, do Coordenador da UTAP, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 24, de 2 de fevereiro de 2018;

c) Na sequência da cessação de funções do Dr. José Carlos Ferreira Caiado como Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., o Senhor Secretário de Estado da Saúde indicou o Dr. Ricardo Jorge Almeida Perdígão Seleiro Mestre como membro efetivo da Equipa de Projeto, tornando-se necessário, para todos os efeitos, proceder à respetiva substituição;

d) Adicionalmente, na sequência do pedido de exoneração como membro efetivo da Equipa de Projeto apresentado pelo Dr. Pedro Faria Henriques Rodrigues Nicolau, torna-se também necessário proceder à sua substituição na respetiva Equipa de Projeto;

e) Finalmente, fruto de ajustamentos na alocação de tarefas e responsabilidades no seio da UTAP, torna-se ainda necessário proceder à substituição, na Equipa de Projeto, do Dr. Miguel Laranjeira Leal de Faria, atual membro efetivo, bem como da Dr.ª Ana Sofia Rodrigues Matos e do Dr. João Daniel Batista Tilly, atuais membros suplentes; Assim, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea e) do n.º 2 do artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, determina-se:

1) A composição da Equipa de Projeto dos Hospitais de Cascais e de Braga passará a ser a seguinte:

i) Presidente: Rita Domingues dos Santos da Cunha Leal, por indicação da UTAP;

ii) Restantes membros efetivos:

Ricardo Jorge Almeida Perdígão Seleiro Mestre, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

João Luís Lemos de Matos, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

Pedro de Brito Esteves, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

Egídio Alexandre Morais Ribeiro, por indicação da UTAP;

Ana Sofia Arsénio Viana Fernandes, por indicação da UTAP;

Isabel Maria Lobo de Lima Mayer Martinha, por indicação da UTAP;

iii) Membros suplentes:

Pedro Nobre da Veiga Neto Miranda, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

Alexandra Trigo Vaz Cameiro Xardoné, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

Inês Margarida Costa Bernardo, por indicação da UTAP;

Filipa Sequeira Leite Brás Monteiro, por indicação da UTAP.

2) A participação na presente Equipa de Projeto não confere direito a qualquer remuneração adicional.

3) O presente despacho produz efeitos a partir da data da sua assinatura.

21 de fevereiro de 2019. — A Coordenadora da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, *Maria Ana Soares Zagalo*.

312093408

Despacho n.º 2626/2019

Despacho Considerando que:

a) Através do Despacho n.º 8323/2018, de 16 de agosto, da Coordenadora da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos («UTAP»), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 164, de 27 de agosto de 2018, foi constituída a equipa de projeto para os Hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures que, tendo presente as datas limite em que terão de ser tomadas as decisões de renovação (ou não) dos contratos de gestão desses hospitais na parte referente às entidades gestoras dos estabelecimentos, deverá identificar e avaliar tecnicamente os diferentes modelos passíveis de ser adotados para garantir a continuidade da prestação de cuidados de saúde após o termo do prazo inicial desses contratos e propor, em relatório fundamentado, à Senhora Ministra da Saúde e ao Senhor Ministro das Finanças, para efeitos de tomada de uma decisão política intercalar a esse respeito, aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, deve ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público, incluindo a sua fundamentação económica e respetiva viabilidade financeira, cabendo-lhe ainda o desenvolvimento das fases, ações e procedimentos subsequentes nos termos definidos («Equipa de Projeto»);

b) O Senhor Secretário de Estado da Saúde solicitou a substituição do Dr. José Carlos Ferreira Caiado e da Dra. Maria Suzete Pereira Cardoso, enquanto membros efetivos da Equipa de Projeto, pelo Dr. Ricardo Jorge Almeida Perdígão Seleiro Mestre e pelo Dr. Nuno José Martins Botelho, bem como a substituição do Dr. Nuno José Martins Botelho, enquanto membro suplente da Equipa de Projeto, pela Dra. Helena Paula Pereira Maltez;

c) Adicionalmente, na sequência do pedido de exoneração como membro efetivo da Equipa de Projeto apresentado pelo Dr. Pedro Faria Henriques Rodrigues Nicolau, torna-se também necessário proceder à sua substituição na respetiva Equipa de Projeto;

d) Finalmente, fruto de ajustamentos na alocação de tarefas e responsabilidades no seio da UTAP, torna-se ainda necessário proceder à substituição, na Equipa de Projeto, da Dra. Ana Sofia Rodrigues Matos, atual membro suplente;

Assim, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea e) do n.º 2 do artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, determina-se:

1) A composição da Equipa de Projeto dos Hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures passará a ser a seguinte:

(i) Presidente: Vítor Manuel Batista de Almeida, por indicação da UTAP;

(ii) Restantes membros efetivos:

Ricardo Jorge Almeida Perdígão Seleiro Mestre, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

af *RJ* *AM* *3*

João Luís Lemos de Matos, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

Nuno José Martins Botelho, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

Rita Domingues dos Santos da Cunha Leal, por indicação da UTAP; Isabel Maria Lobo de Lima Mayer Martinha, por indicação da UTAP; Inês Margarida Costa Bernardo, por indicação da UTAP.

(iii) Membros suplentes:

Pedro Nobre da Veiga Neto Miranda, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

Helena Paula Pereira Maltez, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde;

Ana Sofia Arsénio Viana Fernandes, por indicação da UTAP; Filipa Sequeira Leite Brás Monteiro, por indicação da UTAP.

2) A participação, na referida equipa de projeto, de qualquer um dos respetivos membros não confere direito a qualquer remuneração adicional.

3) O presente despacho produz efeitos a partir da data da sua assinatura.

21 de fevereiro de 2019. — A Coordenadora da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, *Maria Ana Soares Zagalo*.

312093254

FINANÇAS E JUSTIÇA

Gabinetes do Secretário de Estado do Orçamento e da Secretária de Estado Adjunta e da Justiça

Portaria n.º 203/2019

A Direção-Geral da Administração da Justiça (DGAJ) tem por missão assegurar o apoio ao funcionamento dos tribunais, nos termos do Decreto-Lei n.º 165/2012, de 31 de julho.

Para o cumprimento daquela missão, a DGAJ possui uma frota automóvel de 65 viaturas, distribuídas pelos tribunais, parte das quais se encontram em mau estado de conservação, com muitos anos de matrícula e quilómetros, apresentando uma baixa taxa de operacionalidade e uma onerosa manutenção, pelo que se torna necessário proceder à aquisição, em regime de aluguer operacional, de 19 viaturas que venham a substituir parte daquela frota.

Considerando que são atribuições da ESPAP — Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, I. P., gerir o Parque de Veículos do Estado (PVE) assegurando a aquisição e locação, em qualquer das modalidades, e a afetação, manutenção, assistência, reparação, abate e alienação de veículos, bem como dos bens e serviços necessários para o efeito.

Considerando que a concretização deste processo dará origem à celebração de um contrato de AOV — Aluguer Operacional de Veículos, pelo montante estimado de € 411.737,92, acrescido de IVA à taxa legal, a vigorar por período de 48 meses, resultando, em consequência, na assunção de encargos que se estendem ao longo de vários anos económicos.

Considerando que a abertura de procedimento de contratação que dê lugar a encargos orçamentais, em mais de um ano económico ou em ano que não seja o da sua execução, pressupõe a prévia autorização mediante portaria conjunta do Ministro das Finanças e do Ministro da tutela, nos termos do n.º 1 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho.

Assim, manda o Governo, pelo Secretário de Estado do Orçamento e pela Secretária de Estado Adjunta e da Justiça, ao abrigo das competências delegadas, respetivamente, na alínea c) do ponto 3 do Despacho n.º 3485/2016, do Ministro das Finanças, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 9 de março, e na alínea d) do ponto 1.4 do Despacho n.º 977/2016, da Ministra da Justiça, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 20 de janeiro, e nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho, na alínea a) do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, com a redação dada pela Lei n.º 22/2015, de 17 de março, e no n.º 1 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 99/2015, de 2 de junho, o seguinte:

Artigo 1.º

Assunção de encargos

Fica a Direção-Geral da Administração da Justiça autorizada a assumir os encargos orçamentais decorrentes da aquisição de 19 viaturas

em regime de aluguer operacional de veículos (AOV), pelo período de 48 meses, até ao montante global de € 411.737,92, e que não podem exceder, em cada ano económico, os seguintes montantes, acrescidos do IVA à taxa legal em vigor:

Ano de 2019 — 64.334,05 EUR;
Ano de 2020 — 102.934,48 EUR;
Ano de 2021 — 102.934,48 EUR.
Ano de 2022 — 102.934,48 EUR.
Ano de 2023 — 38.600,43 EUR.

Artigo 2.º

Inscrição orçamental

Os encargos financeiros resultantes da execução da presente portaria são satisfeitos por conta das verbas a inscrever no orçamento do IGFEJ, I. P., referentes aos anos indicados.

Artigo 3.º

Acréscimo de verbas

Os montantes inscritos em cada ano económico podem ser acrescidos dos montantes não executados nos anos anteriores.

Artigo 4.º

Produção de efeitos

A presente portaria produz os seus efeitos na data da sua assinatura.

Artigo 5.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

18 de fevereiro de 2019. — O Secretário de Estado do Orçamento, *João Rodrigo Reis Carvalho Leão*. — 19 de fevereiro de 2019. — A Secretária de Estado Adjunta e da Justiça, *Helena Maria Mesquita Ribeiro*.

312083615

FINANÇAS E ADJUNTO E ECONOMIA

Gabinetes do Ministro das Finanças e do Secretário de Estado da Economia

Despacho n.º 2627/2019

Considerando que nos termos da alínea b) do artigo 4.º e do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 81/2012, de 27 de março, diploma que aprovou a lei orgânica do Instituto Português de Acreditação, I. P. (IPAC), é o órgão deste instituto o fiscal único.

Considerando que, nos termos da Lei-Quadro dos Institutos públicos, aprovada pela Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual, os Institutos Públicos dispõem obrigatoriamente de um fiscal único, que é responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do instituto, sendo designado de entre os auditores registados na Comissão de Mercado de Valores Mobiliários ou, quando tal não se mostrar adequado, de entre os revisores oficiais de contas ou sociedades de revisores oficiais de contas inscritos em lista da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.

Considerando que, de acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 27.º da Lei-Quadro dos Institutos Públicos, o fiscal único é designado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da tutela, para um mandato com a duração de cinco anos, renovável, uma única vez nos termos da lei.

Assim:

Nos termos do disposto no artigo 27.º da Lei-Quadro dos Institutos Públicos, aprovada pela Lei n.º 3/2004, na sua redação atual, do Despacho n.º 1294/2012, de 25 de setembro, e ainda ao abrigo das competências delegadas através do n.º 8 e da alínea c) do n.º 8.1 do Despacho n.º 10273/2018, de 9 de novembro, determina-se o seguinte:

1 — É renovado por um período de cinco anos, sem possibilidade de renovação, o mandato, como fiscal único do Instituto Português de Acreditação, I. P. (IPAC, I. P.), da RCA — Rosa, Correia & Associados, SROC, S. A., com inscrição registada na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o n.º 143 e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários de Portugal, sob o n.º 20161455, com o NIPC 503786110 e sede

Anexo 8

af
PH
HPM
R
S

R

Ph
ADM
K. M
B

Exma. Senhora
Dra. Eva Falcão
Chefe do Gabinete de Sua Excelência
a Ministra da Saúde
Av. João Crisóstomo, nº 9 - 6º andar
1049-062 Lisboa

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		9798 / APPP / 2019	15-11-2019

Assunto Hospital de Loures em Parceria-Pública Privada
Relatório Intercalar – Propostas de alteração ao clausulado do Contrato de Gestão do Hospital de Loures

No âmbito dos trabalhos da Equipa de Projeto designada pelo Despacho n.º 8323/2018, de 16 de agosto, da Coordenadora da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 164, de 27 de agosto de 2018, alterado pelo Despacho n.º 2626/2019, de 21 de fevereiro de 2019, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 52, de 14 de março de 2019, com vista à preparação do relatório intercalar que atenda ao término do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, propõe esta Administração Regional de Saúde, e deixa à consideração de V. Exas., as alterações a introduzir ao referido Contrato de Gestão, que de seguida se enunciam, ressalvando que, as mesmas, resultam do acompanhamento e da fiscalização da execução do atual Contrato, na posição de Entidade Pública Contratante, e da análise da evolução das prestações de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e da contratação de cuidados.

A par das propostas de alteração que de seguida se enunciam, entende, porém, esta Administração de expressar igualmente que deve ser visada a máxima uniformização nos diferentes contratos de gestão em parceria público-privada que têm por objeto a atividade clínica. Tal visada uniformização, por regra, apenas poderá ser de admitir afastar em razão das especificidades próprias do perfil assistencial e das necessidades das populações abrangidas pelas áreas de influência dos respetivos hospitais. Neste contexto, no enunciado das alterações teve presente a ARSLVT as alterações que foram consideradas na preparação do relatório intercalar e na avaliação objetiva relativas ao Hospital de Vila Franca de Xira.

No entanto, as referidas propostas quanto ao Contrato de Gestão do Hospital de Loures têm de ser ponderadas sem que se possa deixar de ter presentes e de ponderar simultaneamente, em especial se o resultado da avaliação objetiva for de lançamento de novo procedimento concursal, as alterações que foram refletidas no caderno de encargos do novo procedimento concursal para a gestão e a prestação de cuidados no Hospital de Cascais em regime de parceria público-privada que integrou o relatório da respetiva Equipa de Projeto e os termos em que as mesmas venham a ser, porventura, aprovadas.

a) Integração da atividade de psiquiatria comunitária na prestação de cuidados de saúde de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

1. Pese embora a especialidade de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e da Adolescência integre o perfil assistencial do Hospital de Loures, a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade não está contemplada no Contrato de Gestão, o que não permite o pleno cumprimento das orientações programáticas do Plano Nacional de Saúde Mental e tem criado ineficiências na prestação de cuidados de saúde, quer ao nível da articulação entre prestadores, no âmbito do SNS, quer no que respeita ao acesso de novos doentes.
2. Com efeito, a prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental prevista no atual modelo contratual centra-se exclusivamente em atividade intra-hospitalar (internamento, consulta externa e sessão de hospital de dia), não permitindo configurar uma resposta assente no desenvolvimento de cuidados de proximidade, de relevo comunitário, considerando esta Administração Regional como necessário e prioritário rever este modelo contratual.
3. Note-se, quanto a este ponto, que os cuidados ambulatoriais e outras intervenções na comunidade devem ser assegurados prioritariamente através de estruturas próprias, em articulação, designadamente, com os cuidados de saúde primários e com os serviços ou apoio sociais e com as autarquias locais e, no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, também com os estabelecimentos de ensino.
4. O quadro programático, legal e regulamentar em vigor na área da saúde mental, bem como a apreciação feita no que se refere ao modelo de prestação de cuidados de saúde que vem a ser desenvolvido relativamente à população da área de influência do Hospital de Loures, sem prejuízo para a articulação entre Entidade Pública Contratante e Entidade Gestora do Estabelecimento, motivam esta Administração Regional de Saúde a considerar por adequado que a intervenção comunitária em saúde mental seja objeto de tratamento específico no perfil assistencial do Hospital de Loures, numa perspetiva de realização da prestação de cuidados na comunidade, e não na estrutura hospitalar,

ad

2/9

THM

R

PH

através de equipas multidisciplinares, de modo a potenciar a reabilitação e a inserção social dos doentes.

5. Na expectativa de que seja identificado por esta Administração Regional de Saúde um espaço fora das instalações hospitalares para a realização da atividade em análise, não se antecipa que desta alteração resulte um acréscimo significativo de encargos.

b) Hospitalização Domiciliária

6. O desenvolvimento de respostas no domicílio é um dos objetivos que se pretende incentivar no Serviço Nacional de Saúde (SNS), estando em curso, nos termos do Despacho n.º 9323-A/2018, de 27 de setembro, da Secretária de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 191, de 3 de outubro de 2018, uma estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária vocacionadas para uma resposta segura e adequada a doentes com patologia aguda ou crónica agudizada ou em estágio terminal/paliativo que necessitem de cuidados de âmbito hospitalar.
7. Esta hospitalização domiciliária é distinta das respostas de saúde e de apoio social no domicílio já implementadas no SNS, estando direcionada a doentes que cumprem determinados critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem o internamento no domicílio sob a vigilância da Unidade de Hospitalização Domiciliária.
8. Este modelo de assistência hospitalar tem como premissa a deslocalização dos cuidados para o domicílio do doente, em alternativa ao internamento hospitalar convencional, sendo enumeradas várias vantagens, designadamente a redução do risco de complicações associadas ao internamento em meio hospitalar; a diminuição dos reinternamentos hospitalares, a melhoria do acesso aos cuidados de saúde hospitalares, a melhoria da gestão da capacidade instalada dos estabelecimentos hospitalares para tratamento de doentes agudos, a maior humanização dos cuidados e a estimulação da participação ativa das famílias e de outros cuidadores.
9. Precisamente a respeito desta estratégia e por referência às disposições preambulares do aludido Despacho n.º 9323-A/2018, de 27 de setembro, cumpre salientar que a implementação das UHD visa claramente a promoção da prestação de cuidados de saúde de forma deslocalizada, inseridas e impulsionadas “pelo movimento de construção de um «SNS + Proximidade», mais moderno, mais próximo, mais centrado nas pessoas, mais qualificado e com maior capacidade de resolução das situações ao longo da vida”.
10. Por outro lado, a eventual implementação de uma UHD no Hospital de Loures traz consigo um meio eficaz de atenuar as elevadas taxas de ocupação no Internamento que o Hospital de Loures tem apresentado.

af
3/9
P4
PPM
R
B

11. Motivada por essas linhas estratégicas inseridas numa desenvoltura de um SNS multifacetado e deslocalizado, a implementação das UHD constituem uma alternativa ao internamento convencional, verificadas que sejam as condições e critérios estabelecidos para a referênciação de utentes para a Hospitalização Domiciliária.
12. Na verdade, considerando as vantagens inerentes a este modelo de assistência hospitalar, com a deslocalização dos cuidados para o domicílio do doente, em alternativa ao internamento hospitalar convencional, e as consequentes redução do risco de complicações associadas ao internamento em meio hospitalar, diminuição dos reinternamentos hospitalares, melhoria do acesso aos cuidados de saúde hospitalares; melhoria da gestão da capacidade instalada dos estabelecimentos hospitalares para tratamento de doentes agudos e maior humanização dos cuidados e estimulação da participação ativa das famílias e de outros cuidadores, e considerando ainda que o Hospital de Loures tem apresentado taxas de ocupação no internamento elevadas, entende esta Administração Regional de Saúde que a introdução desta nova abordagem na prestação de cuidados deve ser ponderada e como adequado que o Hospital de Loures integre a prestação de cuidados de saúde através de Unidade de Hospitalização Domiciliária no Hospital.
13. Sem prejuízo da análise em curso sobre a admissibilidade de ser promovido no atual Contrato de Gestão a criação de Unidade de Hospitalização Domiciliária, para cujo efeito se perspetiva como essencial uma apreciação alargada e articulada, desde logo, com o Ministério da Saúde, considerando as vantagens associadas e que o Hospital de Loures tem apresentado taxas de ocupação no internamento sistematicamente superiores aos valores recomendados, a ARSLVT entende como adequado, como referido, que o Hospital integre na respetiva carteira de serviços a prestação de cuidados de saúde através de Unidade de Hospitalização Domiciliária.
14. Cumpre ainda referir que, apesar da atividade de Hospitalização Domiciliária não se enquadrar na definição de Episódio de Internamento contratualmente estabelecida e atendida para efeitos de consideração de prestações de cuidados de saúde como Produção Efetiva, corresponde à obrigação que impendia sobre a Entidade Gestora do Estabelecimento com o desenvolvimento, no Estabelecimento Hospitalar, de atividade de Internamento, mas que passa a ser realizada no domicílio do doente, sob a responsabilidade e a vigilância de profissionais de saúde, integrados numa Unidade de Hospitalização Domiciliária.
15. Na verdade, a hospitalização domiciliária afigura-se constituir um modelo de prestação de cuidados de saúde hospitalares em tudo idêntico ao modelo de prestação de cuidados mediante admissão hospitalar e em internamento, distinguindo-se deste apenas quanto ao local onde as prestações de saúde são realizadas (domicílio).

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several smaller initials, located in the bottom right corner of the page.

16. Tratando-se de uma alternativa ao internamento hospitalar convencional, não se perspetiva que da implementação deste modelo de assistência hospitalar praticada no domicílio resulte um acréscimo de encargos.

c) Teleconsulta

17. Considerando que no quadro do Serviço Nacional de Saúde têm vindo a ser reconhecidas as vantagens do recurso à telemedicina e incremento da utilização das tecnologias de informação e comunicação para a prestação de serviços aos utentes do SNS e atendendo a que o Contrato de Gestão do Hospital de Loures não consagra expressamente o recurso a essas técnicas, entende esta Administração Regional como pertinente e adequado que venha a ser especificamente regulada no âmbito das prestações de cuidados aos utentes da área de influência do Hospital a introdução da "Teleconsulta".

18. Tendo presente a prática nos demais estabelecimentos do SNS, a percentagem de teleconsultas em face do número de consultas externas é muito reduzida, rondando atualmente o 1% das consultas realizadas. Estima-se, todavia, que a médio prazo, na medida em que as diferentes unidades venham a adaptar-se a esta nova realidade e a atualizar-se tecnologicamente, o recurso a este tipo de consultas possa aumentar.

d) Prever linha de produção para a Interrupção voluntária da gravidez ("IVG") até às 10 semanas de gestação

19. Nos termos legais e de acordo com o Perfil Assistencial do Hospital de Loures, as prestações de interrupção voluntária da gravidez devem ser asseguradas pelo Hospital de Loures, enquanto hospital integrado no Serviço Nacional de Saúde.

20. Através da Deliberação n.º 38/2012, de 18 de abril, o Conselho Diretivo desta Administração Regional de Saúde determinou unilateralmente a obrigatoriedade de a IVG ser assegurada por todos os hospitais em regime de parceria público-privada e que tais prestações fossem realizadas em condições de remuneração idênticas às dos restantes hospitais do SNS e com preços atualizados de modo igualmente idêntico.

21. Na sequência dessa deliberação, estes atos foram incluídos na linha de produção referente a casos e atos específicos.

22. Entende-se, agora, por adequado que o clausulado passe a prever uma linha de produção específica para o pagamento dos atos relacionados com a IVG até às 10 semanas.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "APM" and "5/9".

23. A alteração sugerida não modifica o Perfil Assistencial, que já prevê a especialidade ginecologia/obstetrícia, nem o objeto do Contrato, na medida em que, por força do mesmo, a EGEST está já obrigada a praticar tais atos clínicos. Acresce que esta alteração não representa qualquer encargo adicional, na medida em que o que se pretende é apenas que estes atos sejam expressamente previstos no Contrato de Gestão, mantendo-se os valores atualmente praticados.

e) Revisão dos Parâmetros de Desempenho de Resultado PDR

24. Entende esta Administração como necessária a revisão, a eliminação e/ou substituição de parâmetros presentemente tidos como menos adequados para melhor prossecução dos objetivos, designadamente de qualidade e segurança, atendendo ao atual estado de arte na prestação de serviços de saúde, bem como de acompanhamento e mais efetiva comparabilidade com outros hospitais do SNS pela Entidade Pública Contratante, no âmbito do acompanhamento da execução contratual.

25. Em termos financeiros, a revisão dos PDR não terá qualquer impacto caso se mantenha o número de pontos de penalização definidos no atual Contrato de Gestão e não se reduza o nível global de desempenho exigido ao parceiro privado. Em caso de supressão ou aditamento de outros PDR, também não haverá impacto, caso a distribuição dos pontos de penalização não altere o total já definido nem a matriz de riscos estabelecida.

f) Revisão dos Parâmetros de Desempenho de Serviço;

26. Tal como relativamente aos PDR, identifica-se a necessidade de revisão e/ou substituição de alguns PDS, para mais adequado acompanhamento da execução do Contrato de Gestão, sendo de assinalar que a identificação de tal necessidade resulta igualmente da conclusão da vantagem de reforçar ou clarificar algumas das disposições contratuais em razão de divergências de interpretação entre as Partes que têm sido suscitadas na execução do Contrato de Gestão.

27. Entende-se que a revisão dos PDS não terá qualquer impacto caso se mantenha o número de pontos de penalização definidos no atual Contrato de Gestão nem se reduza a transferência de riscos para o parceiro privado estabelecida.

g) Determinação da produção prevista e fixação unilateral da produção pela EPC;

28. A Cláusula 70.ª do Contrato de Gestão, em articulação com a Cláusula 40.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, estabelece os elementos que interferem na determinação da produção prevista,

6/9
Handwritten signatures and initials: "af", "APM", and other illegible marks.

bem como o modo de determinação unilateral da produção prevista na falta de acordo entre a Entidade Pública Contratante e a Entidade Gestora do Estabelecimento.

29. A metodologia definida para apuramento da produção em caso de fixação unilateral carece de revisão, no sentido de visar um modelo mais adequado, entendendo-se que tal passaria por estabelecer que, em caso de fixação unilateral por parte do Estado, a produção prevista deveria ser fixada dentro dos limites inferior e superior da produção efetiva do Hospital de Loures, verificada nos 3 (três) anos imediatamente anteriores, em alternativa à utilização hospitalar pela população da área de influência do Hospital de Loures verificada nos cinco anos imediatamente anteriores.
30. Por outro lado, para uma melhor gestão, desde logo das listas de espera, considera-se que devem ser adotados mecanismos contratualmente mais eficazes para regular o cumprimento dos níveis de produção contratada por especialidade, designadamente quanto aos limites de produção estabelecidos na Cláusula 41.ª do Contrato de Gestão, de modo a que a execução da produção seja mais consentânea com a atividade contratada, tendo em vista um acesso mais equitativo em todas as especialidades, transpondo igualmente para os Parâmetros de Desempenho de Resultado um conjunto de aspetos que, de momento, não se encontram suficientemente reconhecidos.

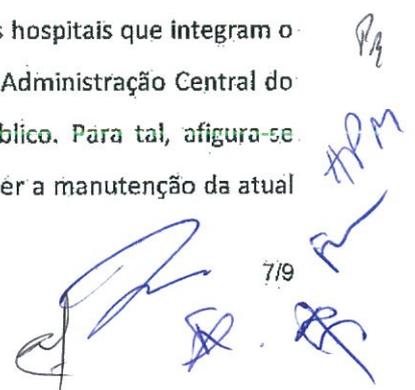
h) Revisão da alínea f) do n.º 3 da cláusula 34.ª (Disponibilidade da Urgência)

31. Atendendo a que os termos da aferição da disponibilidade da Urgência tem sido vetor de divergência entre as Partes em sede de acompanhamento, tem este Conselho Diretivo por pertinente a revisão da referida disposição contratual de modo a que fiquem inequivocamente clarificados os termos da aferição da disponibilidade da urgência, em particular no que concerne à adequação dos tempos de espera tendo por referência os tempos alvo previstos na "Triagem de Manchester", de acordo com o preconizado pelo Grupo Português de Triagem.

i) Revisão da metodologia de definição dos Hospitais do Grupo de Referência ("HGR")

32. Neste âmbito, o que se pretende é que os vários exercícios de comparabilidade previstos no Contrato de Gestão, designadamente no que respeita ao desempenho da Entidade Gestora em matéria de Parâmetros de Desempenho de Resultado (PDR), tenham por referência os hospitais que integram o grupo de *benchmarking* no qual o Hospital de Loures se inclui definido pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), **atentas as competências deste instituto público**. Para tal, afigura-se necessário alterar o disposto no Contrato de Gestão, sem prejuízo de se prever a manutenção da atual

7/9



metodologia de definição dos HGR, caso a ACSS venha a descontinuar os grupos de *benchmarking* atualmente constituídos.

j) Revisão da metodologia de avaliação do desempenho da EGEST no que respeita à satisfação dos utentes

33. Nos termos da cláusula 74.^a do Contrato de Gestão, a avaliação do desempenho da Entidade Gestora é anual e é efetuada, quer por áreas de avaliação, quer de forma global. A avaliação por áreas compreende as componentes de Resultados (em que é avaliado o desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento no cumprimento dos valores de referência definidos para os PDR), Serviço (em que é avaliado o desempenho da Entidade Gestora no cumprimento dos PDS) e Satisfação. A avaliação desta última componente deve ser realizada mediante a comparação entre os índices de satisfação dos utentes do Hospital de Loures e os obtidos pelos hospitais públicos incluídos nos inquéritos de satisfação de utentes realizados pelo Ministério da Saúde.
34. Sendo este o regime contratual, o certo é que nunca se afigurou possível a avaliação da Entidade Gestora do Hospital de Loures nesta componente em virtude de o Ministério da Saúde ter interrompido a realização dos inquéritos entre 2009 e 2014. Tendo sido retomada a sua realização em 2015, e sem continuidade nos anos subsequentes, a metodologia do estudo de satisfação dos utentes efetuado pelo Ministério da Saúde, a cargo da Direção-Geral da Saúde, foi, no entanto, alterada, passando a proceder-se a uma avaliação estritamente macro da satisfação global dos utentes, através da avaliação da perceção da sua satisfação quanto aos cuidados de saúde prestados pelo sistema de saúde, nos diferentes níveis de cuidados, quer do setor público, quer do setor privado.
35. Neste contexto em que a análise da satisfação dos utentes não é realizada ao nível da prestação de serviços por cada instituição, o disposto no n.º 4 da cláusula 74.^a Contrato de Gestão não poderá ser aplicado, carecendo, como tal, a avaliação do desempenho no que respeita à satisfação dos utentes, de ser revista.
36. Assim, entende-se como necessária a revisão da metodologia de avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Estabelecimento nesta componente, no sentido de passar a ser previsto que, caso o Ministério da Saúde não realize os inquéritos de satisfação dos utentes ou os realize em termos que não permitam estabelecer a comparabilidade face aos resultados obtidos pelos HGR, a avaliação do desempenho nesta área será realizada exclusivamente com base nos resultados obtidos pela própria Entidade Gestora. O disposto no n.º 4.3. do Anexo IX ao Contrato de Gestão do Hospital de Loures estabelece a obrigação de «Nos anos em que excepcionalmente o Ministério da Saúde não realize os inquéritos de satisfação de Utesntes nos termos do número anterior, a Entidade Gestora do

Estabelecimento obriga-se a realizar, de acordo com metodologia própria da Entidade Gestora do Estabelecimento aprovada pela Entidade Pública Contratante, nos termos da Cláusula 19.ª do Contrato, inquéritos preparados e realizados por entidade independente, e a comunicar os resultados à Entidade Pública Contratante», termos em que sempre haverá informação disponível dos inquéritos realizados pela própria Entidade Gestora do Estabelecimento que permita a avaliação com base nos resultados obtidos pelo próprio hospital numa lógica de melhoria contínua.

k) Revisão das obrigações de informação periódica (Cláusula 18.ª)

37. Considerando a experiência desenvolvida no acompanhamento dos atuais Contratos de Gestão, impõe-se a revisão das obrigações de informação por forma a adequar as mesmas, quer do ponto de vista do conteúdo, quer do ponto de vista dos prazos, às necessidades identificadas. A título de exemplo, afigura-se necessário que seja explicitada a obrigação de apresentação periódica de informação sobre recursos humanos, relatório sobre o sistema de gestão e planeamento de altas, relatório do Gabinete do Cidadão, entre outros. Desta revisão não resulta qualquer impacto financeiro.

Muito agradecidos pela atenção dispensada, ficamos ao dispor para prestar qualquer esclarecimento que V. Exa. tenha por necessário.

Com os melhores cumprimentos,

pl
O Conselho Diretivo

LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Diretivo da
APSLVT, I.P.


9/9


at
Ph
ARM
B
B

Anexo 9

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several smaller initials.

2

2
2
2

As fontes de informação utilizadas para efeitos das análises efetuadas pela Equipa de Projeto e cujos resultados foram vertidos no presente Relatório foram fundamentalmente as seguintes:

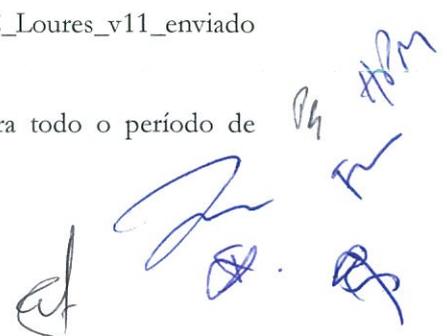
Hospital de Loures

1. Informação disponibilizada pela ARS Lisboa e Vale do Tejo

- 1.1. Contrato de Gestão do Hospital de Loures e respetivos anexos;
- 1.2. Ofício recebido com o visto do Tribunal de Contas ao Contrato de Gestão;
- 1.3. Relatórios e contas da EGEST (2012-2018);
- 1.4. Balancetes analíticos antes de apuramento de resultados da EGEST (2012-2017);
- 1.5. Valores dos encargos incorridos pelo parceiro público com o Hospital de Loures, numa lógica de faturação (2012-2017);
- 1.6. Relatórios anuais das atividades da EGEST (2013-2017);
- 1.7. Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST (2012-2018);
- 1.8. Relatórios anuais do sistema de gestão integrado da EGEST (2012-2017);
- 1.9. Relatórios anuais de avaliação da satisfação e envolvimento organizacional dos colaboradores do Hospital de Loures (2013-2017);
- 1.10. Relatórios anuais de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes do Hospital de Loures (2013-2017);
- 1.11. Dados de produção da EGEST: produção prevista, produção efetiva e produção efetiva elegível para efeitos de remuneração (2012-2017);
- 1.12. Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação e respetivos anexos (2012-2017);
- 1.13. Atas de procedimento anual de contratualização da atividade do Hospital de Loures (2012-2017);
- 1.14. Inventário de equipamento imobilizado (2017); e
- 1.15. Informação sobre pedidos de reequilíbrio financeiro e reservas de direito.

2. Informação disponibilizada pela ACSS

- 2.1. Modelo financeiro relativo ao caso base da EGEST “Anexo XIII_Modelo Financeiro EGEst_23.12.2009_v2.xls” (ficheiro *excel*);
- 2.2. Modelo financeiro relativo ao Custo Público Comparável: “CPC_Loures_v11_enviado CA_13.11.2006.xls” (ficheiro *excel*);
- 2.3. Remuneração do Hospital de Loures com preços do SNS para todo o período de análise (2013-2017); e



- 2.4. Remuneração, produção e ICM do Hospital de Loures, assumindo a adoção de APR31 (2013-2017).

Hospitais do Grupo de Referência EP

3. Informação disponibilizada pela ACSS

- 3.1. Relatórios e contas (2013-2017);
- 3.2. Balancetes analíticos antes de apuramento de resultados (2012-2017);
- 3.3. Fichas de caracterização dos hospitais;
- 3.4. Balanços sociais (2013-2017);
- 3.5. Indicadores de eficiência e de eficácia (2013-2017);
- 3.6. Dados de produção constantes da base de dados nacional de GDH (2013-2017);
- 3.7. Dados de produção constantes do SICA (2013-2017);
- 3.8. Base de dados dos elementos analíticos da ACSS¹;
- 3.9. Valores de transferências do Estado realizadas aos hospitais EPE (2013-2017);
- 3.10. Valores de convergência atribuídos pelo Estado aos hospitais EPE (2013 e 2017); e
- 3.11. Taxas moderadoras faturadas (2013-2017).

Outros

4. Diversos

- 4.1. Estudo da Entidade Reguladora da Saúde, Estudo de avaliação das PPP na Saúde (maio de 2016);
- 4.2. Tribunal de Contas, Encargos do Estado com PPP na Saúde - Relatório nº 18/2013, 2.ª secção;
- 4.3. National Audit Office, “A framework for evaluating the implementation of Private Finance Initiative Projects”; e
- 4.4. Contratos Programa dos hospitais EPE de 2013 a 2019.

¹ <http://www2.acss.min-saude.pt/bdea/>

Anexo 10



Handwritten signatures in blue ink, including initials and full names, located in the bottom right corner of the page.

2

Dr. R. M. Thompson

1. CPC

Pressupostos do CPC Original

CPC Original	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento							
N.º de episódios de internamento sem recém nascidos	20 534	20 628	20 753	20 886	21 046	21 239	21 322
N.º de episódios de internamento de recém nascidos	2 190	2 108	2 053	2 023	2 006	1 996	1 960
N.º de episódios de internamento total	22 725	22 737	22 805	22 910	23 052	23 234	23 282
<i>Índice de Case-Mix do internamento</i>	0,93	0,94	0,94	0,95	0,96	0,96	0,97
Demora média							
Demora média dos recém nascidos	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Demora média nos cuidados agudos sem recém nascidos	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Demora média combinada global	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Consulta externa	235 553	235 674	236 385	237 468	238 941	240 835	241 327
Urgência	99 468	99 519	99 819	100 277	100 899	101 699	101 906
Hospital de dia	27 008	27 014	27 033	27 066	27 097	27 136	27 096
<u>Taxa de ocupação</u>	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
<u>Lotação (n.º de camas de internamento total)</u>	404	405	407	410	412	416	417

Fonte: CPC Original.

Pressupostos do CPC Inicial

CPC Inicial	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento						
N.º de episódios de internamento sem recém nascidos	19 555	20 753	20 886	21 046	21 239	21 322
N.º de episódios de internamento de recém nascidos	1 998	2 053	2 023	2 006	1 996	1 960
N.º de episódios de internamento total	21 553	22 805	22 910	23 052	23 234	23 282
<i>Índice de Case-Mix do internamento</i>	0,94	0,94	0,95	0,96	0,96	0,97
Demora média						
Demora média dos recém nascidos	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Demora média nos cuidados agudos sem recém nascidos	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Demora média combinada global	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
Consulta externa	211 777	236 385	237 468	238 941	240 835	241 327
Urgência	89 428	99 819	100 277	100 899	101 699	101 906
Hospital de dia	25 608	27 033	27 066	27 097	27 136	27 096
<u>Taxa de ocupação</u>	80%	80%	80%	80%	80%	80%
<u>Lotação (n.º de camas de internamento total)</u>	387	407	410	412	416	417

Fonte: CPC Inicial.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "HPM", "R", and "ed".

Pressupostos do CPC Atualizado

CPC Atualizado	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento						
N.º de episódios de internamento sem recém nascidos	12 211	17 165	17 950	17 732	17 403	17 348
N.º de episódios de internamento de recém nascidos	1 630	2 253	2 486	2 617	2 669	2 843
N.º de episódios de internamento total	13 841	19 418	20 436	20 349	20 072	20 191
<i>Índice de Case-Mix do internamento</i>	<i>1,01</i>	<i>1,08</i>	<i>1,11</i>	<i>1,11</i>	<i>1,10</i>	<i>1,13</i>
Demora média						
Demora média dos recém nascidos	3,5	3,4	3,5	3,4	3,4	3,4
Demora média nos cuidados agudos sem recém nascidos	8,2	8,0	8,2	8,3	8,3	7,7
Demora média combinada global	7,6	7,5	7,7	7,7	7,9	7,4
Consulta externa	122 106	239 218	268 272	283 221	280 068	273 775
Urgência	123 487	171 309	182 404	183 483	193 212	189 555
Hospital de dia ⁽¹⁾	8 401	25 603	29 576	33 103	36 115	36 544
<u>Taxa de ocupação</u>	83%	93%	97%	98%	99%	92%
<u>Lotação (n.º de camas de internamento total)</u>	418	418	418	418	418	418

Nota: ⁽¹⁾ Os valores relativos ao CPC Atualizado incorporam, para além das sessões de hospital de dia, os episódios de cirurgia de ambulatório e de ambulatório médico realizados pelo Hospital de Loures.

Fonte: CPC Atualizado.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner, including "HPM" and other illegible marks.

2. Caso Base

Pressupostos do CB Inicial

CB Inicial	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento						
N.º de episódios de internamento médico	13.420	15.170	16.989	17.155	17.359	17.449
N.º de episódios de internamento cirúrgico	4.870	5.447	6.019	5.987	5.955	5.901
N.º de episódios de internamento total	18.290	20.617	23.009	23.142	23.314	23.350
Ambulatório						
N.º de episódios de ambulatório médico	14.032	15.798	17.575	17.594	17.619	17.594
N.º de episódios de cirurgia de ambulatório	3.964	4.531	5.118	5.200	5.288	5.358
N.º de episódios de ambulatório total	17.996	20.329	22.692	22.794	22.907	22.952
<i>Índice de Case-Mix</i>						
ICM Internamento Cirúrgico	1,24	1,25	1,26	1,27	1,28	1,29
ICM Internamento Médico	0,81	0,82	0,83	0,83	0,84	0,84
ICM Ambulatório Médico	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13
ICM Cirurgia de Ambulatório	0,76	0,77	0,77	0,78	0,78	0,78
Índice de Case-Mix global	0,60	0,60	0,61	0,61	0,62	0,62
Doentes equivalentes (internamento e ambulatório)	35.356	39.885	44.504	44.721	44.985	45.053
RNCCI	819	926	1.036	1.043	1.053	1.057
Consulta externa						
Primeira consulta externa	69.091	78.122	87.438	88.185	89.081	89.474
Consultas externas subsequentes	112.831	127.580	142.794	144.012	145.475	146.119
N.º de consultas total	181.922	205.702	230.232	232.197	234.556	235.593
Urgência	93.777	106.030	118.675	119.691	120.915	121.450
Hospital de dia						
Psiquiátrico	3.270	3.682	4.096	4.100	4.106	4.100
Outras sessões	2.093	2.356	2.621	2.624	2.628	2.624
N.º de sessões de hospital de dia	5.363	6.038	6.717	6.724	6.734	6.724
Casos e Atos Específicos (n.º de diárias)	75	75	75	75	75	75

Fonte: CB Inicial.

Pressupostos do CB Atualizado

CB Atualizado	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Internamento						
N.º de episódios de internamento médico	10.197	13.704	14.136	14.076	14.048	13.306
N.º de episódios de internamento cirúrgico	3.644	5.714	6.300	6.273	6.024	6.885
N.º de episódios de internamento total	13.841	19.418	20.436	20.349	20.072	20.191
Ambulatório						
N.º de episódios de ambulatório médico	3.360	10.703	11.811	12.276	13.392	13.819
N.º de episódios de cirurgia de ambulatório	2.339	5.901	7.265	8.392	8.178	7.850
N.º de episódios de ambulatório total	5.699	16.604	19.076	20.668	21.570	21.669
<i>Índice de Case-Mix</i>						
ICM Internamento Cirúrgico	1,50	1,61	1,67	1,67	1,68	1,70
ICM Internamento Médico	0,83	0,85	0,85	0,85	0,85	0,82
ICM Ambulatório Médico	0,13	0,12	0,12	0,12	0,13	0,13
ICM Cirurgia de Ambulatório	0,68	0,68	0,69	0,70	0,69	0,71
Índice de Case-Mix global	0,81	0,72	0,73	0,73	0,71	0,72
Doentes equivalentes (internamento e ambulatório)	19.173	35.486	39.016	40.553	41.106	41.336
RNCCI	2.366	2.971	4.748	5.639	10.323	8.957
Consulta externa						
Prim eira consulta externa	59.931	83.139	84.056	87.316	90.805	90.531
Consultas externas subsequentes	62.175	156.079	167.148	188.066	181.610	181.984
N.º de consultas total	122.106	239.218	251.204	275.382	272.415	272.515
Urgência	123.487	171.309	182.404	183.483	193.212	189.555
Hospital de dia						
Psiquiátrico	1.464	3.365	4.534	4.606	4.675	4.743
Outras sessões	1.238	3.451	5.966	6.209	8.587	9.000
N.º de sessões de hospital de dia	2.702	6.816	10.500	10.815	13.262	13.743
Casos e Atos Específicos (n.º de diárias)	-	-	-	-	-	1.021

Fonte: CB Atualizado.

[Handwritten signatures and initials]

Anexo 11



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several smaller initials.

at

Ph
H
M

Questionário (ACES de Loures-Odivelas e Oeste Sul)

1. No processo de articulação (em termos globais) com o Hospital de Loures por iniciativa do ACES/CS, de que forma classifica a disponibilidade do Hospital?

1- Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 - Boa

2. Como classifica o dinamismo e proatividade do Hospital de Loures para efeitos da adequada articulação com os CSP (em termos globais)?

1- Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 - Bom

3. Como classifica o atual grau de articulação com o Hospital de Loures em cada um dos seguintes aspetos:

- a. Formação de profissionais e consultoria em áreas específicas?

- b. Estruturação conjunta de critérios/protocolos de referenciação?

- c. Estruturação de protocolos de atuação/prestação de cuidados?

- d. Resposta a situações de exceção (Gripe, vagas de calor, ...)?

- e. Participação e envolvimento do Hospital no âmbito da elaboração e implementação dos Planos estratégicos/Planos locais de saúde?

- f. Reuniões periódicas para definição de objetivos e estratégias que visem assegurar uma resposta articulada às necessidades da população?

1- Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 - Boa

4. No processo de alta do doente após internamento hospitalar, encontram-se implementados mecanismos efetivos de articulação entre a equipa de gestão de altas do hospital e a equipa dos cuidados de saúde primários que irá seguir o doente, por forma a que fique assegurada uma efetiva continuidade de cuidados?

1 - Nunca; 2 - Por vezes; 3 - Sempre;

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "TRM", "Ri", and "R".

5. No âmbito da referenciação para primeira consulta hospitalar, como avalia a resposta do Hospital de Loures, no que respeita ao prazo de marcação de consulta, tendo em conta a situação clínica dos doentes referenciados?

a. Especialidades médicas

b. Especialidades cirúrgicas

c. Pediatria

d. Obstetrícia/Ginecologia

1 – Inadequada; 2- Adequada

6. Como considera o nº de devoluções de pedidos de consulta para prescrição de MCDT no âmbito dos CSP?

1-Inadequado; 2-Adequado;

7. Existem projectos do ACES que, visando uma melhor ou mais adequada articulação com o Hospital de Loures, não tenham tido a resposta/desenvolvimento esperado ou tenham sido recusados pelo Hospital?

1-Sim; 2 – Não

Em caso afirmativo, indique a que projetos se refere:

8. Quanto à informação clínica de retorno enviada pelo Hospital de Loures para posterior seguimento dos doentes, como a classifica?

1– Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Boa

9. Tendo por referência a experiência acumulada no âmbito da articulação do ACES/CS com o Hospital de Loures, como classifica a articulação com outros hospitais do SNS?

1 – Pior; 2- Igual; 3-Melhor

af *[Handwritten signature]* HPm *[Handwritten initials]*

Inquérito (CHULN, CHULC, HFF e CHO)

1- No âmbito da articulação, em termos globais, por iniciativa do CH/Hospital, de que forma classifica a disponibilidade do Hospital de Loures?

1 Insuficiente; 2 Suficiente; 3- Boa

2 – Nas transferências hospitalares, os doentes do Hospital de Loures são acompanhados de relatório médico com informação suficiente e adequada?

1 – Nunca; 2 – Poucos doentes; 3 – Maioria dos doentes; 4 – Todos os doentes

3 – Atendendo ao perfil assistencial do Hospital de Loures como classifica, do ponto de vista clínico e numa perspetiva global, as transferências de doentes para o CH/Hospital?

1-Inadequadas; 2 – Nem sempre adequadas; 3- Sempre adequadas

4-Como classifica o dinamismo do Hospital de Loures para efeitos da adequada articulação inter-hospitalar (em termos globais)?

1– Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom

5- Na resposta a situações de exceção (Gripe, vagas de calor, ...) como classifica o grau de cooperação do Hospital de Loures na articulação com o CH/H?

1– Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Boa

6 - Comparando a experiência acumulada com o Hospital de Loures, como classifica a articulação do CH/H com outros hospitais do SNS?

1 – Pior; 2- Igual; 3-Melhor

al

HPM
HPM
HPM

at 11/11/11