

## **Anexo 1**



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
Hospital de Cascais – 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 à EGEST, consoante esta ocorra, respetivamente, antes ou depois do dia 20 do mês em que o visto foi concedido ( <i>gr</i> : alínea <i>a</i> ) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 140.ª).	22.02.2008 (reformado em 08.10.2008)	22.02.2008	04.11.2008	01.01.2009	31.12.2018
Hospital de Cascais – EGED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura ( <i>gr</i> : alínea <i>b</i> ) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 1 da cláusula 140.ª).	22.02.2008 (reformado em 08.10.2008)	22.02.2008	04.11.2008	01.01.2009	21.02.2038
Hospital de Braga – 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 à EGEST, consoante esta ocorra, respetivamente, antes ou depois do dia 20 do mês em que o visto foi concedido ( <i>gr</i> : alínea <i>a</i> ) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 142.ª).	09.02.2009	09.02.2009	15.07.2009	01.09.2009	31.08.2019
Hospital de Braga – EGED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura ( <i>gr</i> : alínea <i>b</i> ) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 1 da cláusula 142.ª).	09.02.2009	09.02.2009	15.07.2009	01.09.2009	08.02.2039
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 ( <i>gr</i> : 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
Hospital de Loures – EGED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura ( <i>gr</i> : 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

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
Hospital de Vila Franca de Xira – EGEEST	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 ( <i>cf.</i> alínea <i>a</i> ) 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
Hospital de Vila Franca de Xira – EGEID	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura ( <i>cf.</i> alínea <i>b</i> ) 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

**Anexo 2**



NOTA INTERNA

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

*Concordo*

PAULO NOITE DE MACEDO / 14  
Ministro da Saúde

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

*Paula Mala Fernandes*  
18.11.2014  
*ca chefe de Gabinete SES*  
*ca chefe 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 distintos:
  - 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 2018<sup>1</sup>, 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 <u>MS</u>	
Entrada n.º <u>13972</u>	Data <u>18.11.2014</u>
Entidade _____	Class. <u>180.01.01</u>
Pág.º <u>338/14</u>	

<sup>1</sup> 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.



## 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;



- 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



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)

## **Anexo 3**



# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

PARECER

DESPACHO

Concordo.

A concordância de  
S. Exa. o Sr. SEF,

e/e a S. Exa. o Sr. MS  
e o Sr. SES.

14.04.2015  
Diogo Macedo Graça  
Coordenador em Substituição

Informação n.º  
006/2015

Processo  
V/ Referência  
N.º 8789/2014  
Ent.: 7049 de 19/11/14  
Proc. N.º 19.04.07/14

Data  
13/04/2015

**ASSUNTO: TÉRMINO DOS CONTRATOS DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA COMPONENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS**

## A. CONSULTA

1. O processo foi remetido para conhecimento e eventuais comentários da UTAP, através do ofício com a referência *supra*, do Gabinete de Sua Excelência o Secretário de Estado das Finanças (“SEF”), datado de 4 de dezembro de 2014 e rececionado pela UTAP no dia 5 de dezembro de 2014.
2. Do processo enviado consta a seguinte documentação:
  - (i) Nota Interna elaborada pelo Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Saúde, datada de 6 de novembro de 2014, relativa ao término dos contratos de Parceria Público-Privada (“PPP”) na componente de prestação de serviços clínicos (“Nota Interna do MS”); e

(ii) Despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, de 10 de novembro de 2014, através do qual concorda com o teor da Nota Interna do MS e determina que seja enviada à ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (“ACSS”), “enquanto entidade com competência na coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão de parceria público-privada” para que “diligencie no sentido de criar uma Equipa de Projeto (...) com o objetivo de propor uma metodologia de avaliação comparativa das diferentes opções (...), para que o Ministério da Saúde disponha da informação necessária para a tomada de decisão, em tempo útil, sobre a opção que melhor defende os interesses do Estado, permitindo assegurar um processo transparente e homogêneo em todas as PPP do sector da saúde” (cfr. ponto 11 da Nota Interna do MS).

3. O pedido efetuado incide sobre a referida Nota Interna do MS, através da qual o Ministério da Saúde alerta para a necessária tomada de decisão sobre os contratos celebrados com as entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares, cuja vigência irá chegar ao fim a partir do ano de 2018.

## B. ANÁLISE

4. Importa começar por referir que, de uma forma geral, concordamos com o teor da Nota Interna do MS, não podendo deixar de destacar a sua relevância e urgência, como aliás decorre da Nota elaborada pela UTAP, que damos aqui por reproduzida (cfr. Nota UTAP, junta em anexo).
5. No entanto, gostaríamos de destacar alguns pontos que, em nossa opinião, necessitam de clarificação e de maior desenvolvimento no seio dos trabalhos futuros que incidirão sobre esta matéria.

### B.1. Dos prazos de vigência dos contratos

6. Antes de mais, cumpre referir que as datas de término dos contratos de gestão em regime de PPP do setor da saúde, conforme indicadas na Nota Interna do MS<sup>1</sup>, necessitam, do nosso ponto de vista, de ser reconfirmadas.

<sup>1</sup> “(...) 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” (cfr. nota de rodapé 1 da página 1 da Nota Interna).

7. Na verdade, e conforme resulta da Nota UTAP, em anexo (*cf.* ponto A.), o prazo de dez anos destes contratos, no que diz respeito às entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares (“EGEST”), deve ser contado desde a data de transmissão do estabelecimento hospitalar (à exceção do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, conforme se descreve no mencionado ponto A. da Nota UTAP)<sup>2</sup>.
8. Deve entender-se, em nossa opinião, que os contratos de gestão, em regime de PPP do setor da saúde, terminam a sua vigência nas datas abaixo indicadas<sup>3</sup>:

<sup>2</sup> Ora, ao contrário do que sucede com a data de início de produção de efeitos do contrato – relevante para contagem do prazo de trinta anos, relativamente às entidades gestoras dos edifícios hospitalares (“EGED”) –, a qual corresponde à data de assinatura dos contratos (exceto no Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira), na verdade a transmissão do estabelecimento hospitalar “*ocorre no primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto do Tribunal de Contas, excepto se a notificação da concessão do Visto à Entidade Gestora do Estabelecimento ocorrer após o dia 20 (ou 15, no caso do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira) do mês em que o Visto é concedido, caso em que a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar ocorre no primeiro dia do segundo mês seguinte ao da notificação*” (*cf.* alínea *a*) do n.º 1 do Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; alínea *a*) do n.º 1 do Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 142.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; e alínea *a*) do n.º 1 do Cláusula 8.ª e n.ºs 1 e 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira). Como tal, os dez anos de vigência do contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, devem contar-se não desde a data de produção de efeitos do contrato (como, aparentemente, terá sido o entendimento subjacente à Nota Interna do MS), mas desde o primeiro dia do mês seguinte ao da concessão de visto pelo Tribunal de Contas ou desde o primeiro dia do segundo mês seguinte ao da sua notificação, caso esta ocorra, respetivamente, antes ou depois do dia 15 ou 20 (consoante o caso) do mês em que o visto foi concedido.

Por sua vez, no que diz respeito ao Contrato de Gestão do Hospital de Loures, o prazo de dez anos de vigência referente à gestão do estabelecimento hospitalar deve contar-se “*da data de Entrada em Funcionamento do Estabelecimento Hospitalar*”, a qual, nos termos em que constam do contrato, corresponde ao “*momento em que é aberto ao público o primeiro serviço médico do Estabelecimento Hospitalar*”.

<sup>3</sup> Note-se que, uma vez que a UTAP não dispõe da informação relativa às datas concretas das notificações às entidades gestoras das concessões dos vistos pelo Tribunal de Contas, ou mesmo do momento em que foi aberto ao público o primeiro serviço médico do estabelecimento hospitalar do Hospital de Loures, assumiu-se, para estes efeitos, as datas referidas pela ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde em <http://www.acss.mig-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoRedeServicoRecursosemSaude/GestaoDoProgramadeParcerias/Apresentacao/tabid/506/language/pt-PT/Default.aspx>.

Esta informação deve, no entanto, ser revalidada no contexto dos trabalhos futuros a desenvolver sobre esta matéria.



CONTRATO	DATA DA CADUCIDADE
HOSPITAL DE CASCAIS - EGEST	31.12.2018
HOSPITAL DE BRAGA - EGEST	31.08.2019
HOSPITAL DE LOURES - EGEST	dezembro 2021/janeiro de 2022
HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA - EGEST	31.05.2021

9. Dada a divergência face às datas indicadas na Nota Interna do MS, esta informação deve ser revalidada no contexto dos trabalhos futuros a desenvolver sobre esta matéria, pressupondo a adoção de uma posição unívoca do parceiro público em relação aos mesmos.

## B.2. DO PROCESSO DE DECISÃO

10. No que diz respeito ao processo de decisão do Estado relativamente à renovação ou não renovação dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares em causa, cumpre alertar igualmente para outras duas questões analisadas na Nota Interna do MS.

Em primeiro lugar, refere-se no aludido documento 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”*.

Por outro lado, propõe-se na Nota Interna do MS que se solicite *“à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) para que (...) 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 objetivo 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 de decisão, em tempo útil,*

*Duy*



*sobre a opção que melhor defende os interesses do Estado, permitindo assegurar um processo transparente e homogéneo em todas as PPP do sector da saúde”.*

11. Ora, do nosso ponto de vista, a decisão que venha a ser tomada sobre a solução a adotar em relação a um determinado contrato, no que diz respeito à gestão do respetivo estabelecimento hospitalar, não tem de ser idêntica à de todos os outros contratos de gestão em regime PPP do setor da saúde.

Na verdade, consideramos que se devem estabelecer critérios comuns aplicáveis a todos os contratos em causa, para que a decisão do Estado possa tratar de forma igualitária as parcerias em causa e possa adotar procedimentos e requisitos comuns – como, por exemplo, (i) ser o resultado das avaliações de desempenho realizadas ao abrigo de cada contrato de gestão qualificado, em todos os anos, com uma nota específica (e.g. BOM), (ii) ser confirmado, no caso concreto, que a EPC não pretende, por razões de interesse público, introduzir modificações na atividade objeto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do contrato de gestão e (iii) ser validado que a renovação não colide com qualquer um dos princípios e regras do regime de parcerias especialmente aplicável à parceria em causa<sup>4</sup>.

Acontece, contudo, que tal decisão deve ser tomada caso a caso, atendendo às circunstâncias e peculiaridades de cada contrato, nomeadamente considerando os pressupostos e características de cada projeto, o histórico da respetiva execução e performance do parceiro privado, nas suas diversas vertentes, nomeadamente, através de uma ponderação geral e abrangente de todas as componentes de gestão do estabelecimento em causa, bem como a um nível técnico, financeiro e jurídico.

Note-se, por outro lado, que, mesmo do ponto de vista temporal, as decisões sobre cada contrato de gestão em causa devem ser tomadas em diferentes períodos. A título exemplificativo: o contrato relativo à gestão do estabelecimento do Hospital de Cascais caducará a 31 de dezembro de 2018 e, como tal, a decisão sobre uma eventual renovação (admitida neste e em todos os contratos aqui em apreço) terá de

---

<sup>4</sup> É o caso do que se encontra disposto expressamente como requisitos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures (*cf.* Cláusula 38ª do contrato) e que, em nossa opinião, podem ser estendidos aos demais casos e trabalhados no contexto da análise que se pretenderá efetuar em relação ao futuro destes contratos aqui em análise.

ser tomada até ao final de 2016<sup>5</sup>, enquanto que a decisão referente ao Hospital de Vila Franca de Xira, só necessita de ser tomada até ao dia 31 de maio de 2019 (*cf.* Nota UTAP, em anexo).

Com efeito, durante este lapso temporal, de cerca de dois anos e meio, as circunstâncias podem ser distintas e a decisão que poderá ser a mais aconselhada para um determinado contrato e em 2016, pode não o ser para outro contrato e em 2019 e, no exemplo dado, a solução a adotar no caso do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais pode não ser necessariamente a mesma que se impõe no Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira.

Mais se refira que, para além dos *timings* serem distintos, a verdade é que os pressupostos também o são. Com efeito, por exemplo, no Contrato de Gestão do Hospital de Loures impõe-se, para a renovação do contrato relativo à gestão do estabelecimento, a verificação de determinados pressupostos (*cf.* alíneas *a)*, *b)* e *c)* n.º 2 da Cláusula 38.<sup>66</sup>) que não são exigidos para a renovação dos contratos relativos aos restantes estabelecimentos hospitalares.

12. Para além do exposto, tal como destacado na Nota UTAP (*cf.* ponto B.), o processo de decisão pressupõe necessariamente um trabalho prévio que permita a adequada fundamentação da decisão a tomar, que contemplará, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção em causa (por exemplo, a vantagem da renovação contratual, secundarizando, assim, a abertura de um novo procedimento, ou o contrário), e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.

Uma vez que se trata de uma decisão com relevantes implicações económico-financeiras e jurídicas e com impacto nas contas públicas, consideramos que a mesma, por analogia com o que aconteceu no procedimento decisório que esteve na base da celebração dos contratos de gestão originais e com o que surge ora previsto

<sup>5</sup> Uma vez que a Entidade Pública Contratante deve manifestar a vontade de renovar o contrato até dois anos antes do final do seu prazo.

<sup>6</sup> Exige-se que (i) “o resultado das avaliações de desempenho ao abrigo da Cláusula 74.ª do Contrato” seja “qualificado, em todos os anos, no mínimo, como BOM”, (ii) “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” e (iii) “A renovação do Contrato não colida com qualquer dos princípios do regime de parcerias (...).

no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio (“DL 111/2012”) em relação aos processos de estudo e lançamento de novos projeto em modelo de PPP, deverá ser preparada com a participação de entidades do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, e a respetiva decisão final tomada em conjunto pelos respetivos membros responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças.

13. Qualquer cenário de renovação ou de não renovação deve, ainda, observar os termos e os limites previstos tanto no respetivo contrato, como na legislação especialmente aplicável, incluindo as disposições e princípios previstos no enquadramento jurídico aplicável às PPP, nos termos do DL 111/2012.

#### C. CENÁRIOS POSSÍVEIS

14. Com o propósito identificado nos parágrafos anteriores, apresenta-se na Nota UTAP uma proposta de elenco das possíveis soluções a adotar relativamente ao futuro de cada um dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares (serviços clínicos) em apreço, bem como a descrição das soluções ao dispor e os respetivos procedimentos a observar em cada uma delas (cfr. pontos B.1 e B.2), que se dão aqui por integralmente reproduzidos.

#### D. CONCLUSÕES E AÇÕES SEGUINTE

15. Concordamos, de uma forma geral, com o teor da Nota Interna do MS, gostaríamos de alertar, contudo, para os seguintes pontos:

- (i) As datas relativas à caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares constantes da Nota Interna do MS necessitam de ser reconfirmadas (*cf.* pontos 6 a 9 *supra*); e
- (ii) Não obstante defendermos que se devem estabelecer critérios comuns aplicáveis a todos os contratos em causa, para que a decisão do Estado possa tratar de forma igualitária as parcerias em causa e possam adotar-se procedimentos e requisitos comuns, a decisão relativamente ao futuro destes contratos não deve, em nossa opinião, ser necessariamente homogênea, uma vez que se deverá atender às circunstâncias de cada contrato, 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.

16. A decisão a tomar relativamente ao futuro de cada contrato de gestão dos estabelecimentos hospitalares (serviços clínicos), na eminência da caducidade dos mesmos, pressupõe um relevante tempo de maturação, estudo e preparação prévio, o qual se recomenda que seja, em qualquer caso, garantido com adequada antecipação.

Com efeito, analisados os cenários que são possíveis equacionar nesse trabalho prévio que terá de ser desenvolvido (*cf.* ponto 14 *supra*), existem, em suma, as seguintes hipóteses:

- a) **Renovação do contrato com a mesma EGEST** (cuja decisão tem de ser tomada, por força do disposto em cada contrato, até dois anos antes da sua caducidade, conforme acima explicitado);
- b) **Não renovação do contrato,**



- (i) Adjudicando um novo contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, em regime de PPP, a uma entidade privada (o que pressupõe o lançamento de um processo de estudo e preparação da parceria, respetiva aprovação e que inclui um concurso público, posterior adjudicação e assinatura do novo contrato); ou
- (ii) Adotando um outro modelo de contratação (como, por exemplo, a contratação da prestação dos serviços em causa pela via tradicional); ou
- (iii) Promovendo a internalização pelo Estado dos serviços clínicos levado a cabo nos estabelecimentos hospitalares em análise;

Em qualquer um desses casos, considera-se que 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, inclusive, *por um lado*, a fundamentação que necessariamente terá de produzir-se em cada cenário, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, bem como do interesse público (*cf.* pontos 10 a 12 *supra*), e, *por outro lado*, os procedimentos legais e contratuais subjacentes a cada uma delas (*cf.* ponto 13 *supra*).

17. Acrescente-se, ainda, que a experiência – sobretudo nos mais recentes projetos do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul<sup>7</sup> e do Hospital de Lisboa Oriental<sup>8</sup>, cujos procedimentos se encontram presentemente em curso – mostra que os processos subjacentes a análise deste tipo se revelam, na prática, mais longos e complexos do que o originalmente expetável.

Como tal, recomenda-se que seja evitado que uma preocupação com a celeridade do processo – que inevitavelmente surgirá caso não se proceda a uma análise prévia, devidamente atempada e se coloque o estudo e análise que tem de se promover antecipadamente muito próximo do prazo de caducidade ou, no caso de renovação do contrato, da decisão a tomar – condicione a ponderação e avaliação

<sup>7</sup> *Cfr.* Despacho n.º 9794/2013, de 21 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 142, de 25 de julho de 2013

<sup>8</sup> *Cfr.* Despacho n.º 1317-A/2014, de 24 de janeiro, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 18, de 27 de janeiro de 2014.

necessárias dos pressupostos e características dos projetos, nas suas diversas vertentes técnica, financeira e jurídica.

18. Sem prejuízo da mesma premência se dever aplicar nas restantes parcerias do setor da saúde pelas razões que acabamos de expor, destaque-se, pela prioridade que o mesmo deve observar, que, **no que diz respeito ao Hospital de Cascais, se nesse sentido for a decisão do Estado, a manifestação de vontade de renovar o contrato, através de notificação à EGEST, deverá ser feita até ao dia 31 de dezembro de 2016.**

Com efeito, caso se pretenda analisar esta possibilidade, em face de outras, as suas vantagens e desvantagens e qual será a melhor opção para o Estado e para os utentes, para efeitos da obtenção de ganhos de eficiência e do bom andamento dos trabalhos futuros, **deverá dar-se início à sua análise com urgência.**

19. Por fim, recomendamos que seja dado conhecimento do teor da presente Informação, bem como da Nota UTAP, em anexo, a S. Exa. o Senhor Secretário de Estado das Finanças, a S. Exa. o Senhor Ministro da Saúde e a S. Exa. o Senhor Secretário de Estado da Saúde, para os devidos efeitos.

À consideração superior.



Mariana Bettencourt



# U T A P

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

## NOTA RELATIVA À CADUCIDADE DOS CONTRATOS DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA DO SETOR DA SAÚDE

### A. INTRODUÇÃO E ANÁLISE

1. O modelo dos contratos de gestão, em parceria público-privada (“PPP”), do setor da saúde (relativos ao Hospital de Cascais, ao Hospital de Braga, ao Hospital de Loures e ao Hospital de Vila Franca de Xira) assenta numa gestão partilhada, em que os contratos são executados por duas entidades distintas: (i) a Entidade Gestora do Edifício (“EGED”), que assegura a gestão do edifício hospitalar, a qual compreende as atividades de conceção, projeto, construção financiamento, conservação e manutenção; e (ii) a Entidade Gestora do Estabelecimento (“EGEST”), através da qual se opera a prestação de serviços clínicos.

Relativamente às EGEST, os preditos contratos têm uma duração de dez anos, a contar da data da transmissão do estabelecimento hospitalar, a qual *“ocorre no primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto do Tribunal de Contas, excepto se a notificação da concessão do Visto à Entidade Gestora do Estabelecimento ocorrer após o dia 20 (ou dia 15, nos termos do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira) do mês em que o Visto é concedido, caso em que a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar ocorre no primeiro dia do segundo mês seguinte ao da notificação”* (cfr. alínea a) do n.º 1 do Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; alínea a) do n.º 1 do Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 142.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; e alínea a) do n.º 1 do Cláusula 8.ª e n.ºs 1 e 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira).

Note-se que, no caso do Hospital de Loures, o prazo de dez anos conta-se desde a data de entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar, a qual ocorre no *“momento em que é aberto ao público o primeiro serviço médico do Estabelecimento Hospitalar”* (cfr. n.º 1 da Cláusula 38.ª e n.º 1 da Cláusula 1.ª do Contrato de Gestão do Hospital Loures).

# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

2. Por sua vez, no que diz respeito às EGED, os contratos têm um prazo de trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do respetivo contrato, a qual corresponde à data de assinatura dos contratos, conforme resulta da tabela que, de seguida, se analisará (*cf.* alínea *b*) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 1 da Cláusula 140.º do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; alínea *b*) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 1 da Cláusula 142.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; e Cláusula 80.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures).

Destaque-se, no entanto, que, no que diz respeito ao Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, a data de produção de efeitos corresponde “à data da transmissão do estabelecimento hospitalar”, ou seja, o Contrato produz efeitos “a partir do primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto do Tribunal de Contas, excepto 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” (*cf.* n.ºs 1 e 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira).

3. Note-se que, uma vez que a UTAP não dispõe da informação relativa às datas concretas das notificações das concessões dos vistos pelo Tribunal de Contas às entidades gestoras, ou mesmo do momento em que foi aberto ao público o primeiro serviço médico do estabelecimento hospitalar do Hospital de Loures, assume-se, para estes efeitos, as datas referidas pela ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde<sup>1 2</sup>.

Vejamos, então, em maior detalhe.

---

<sup>1</sup> *Cfr.* <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoRedeServicoRecursosSaude/GestaoProgramadeParcerias/Apresentacao/tabid/506/language/pt-PT/Default.aspx>.

<sup>2</sup> Sugere-se, ainda, que este exercício seja reconfirmado no seio dos trabalhos que venham a ser desenvolvidos pelas entidades competentes designadas para o efeito de estudo e fundamentação dos cenários de renovação ou não dos contratos de gestão em vigor.



# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

CONTRATO	VIGÊNCIA	DATA DE CEBEIRAÇÃO 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 <sup>3</sup>
Hospital de Cascais – 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 à EGEST, consoante esta ocorra, respetivamente, antes ou depois do dia 20 do mês em que o visto foi concedido ( <i>gr. alínea a)</i> do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 140.ª)	22.02.2008 (reformado em 08.10.2008)	22.02.2008	04.11.2008	01.01.2009 (ACSS refere esta como a data em que a EGEST assegurou a gestão do Hospital).	31.12.2018
Hospital de Cascais – EGED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura ( <i>gr. alínea b)</i> do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 1 da cláusula 140.ª)	22.02.2008 (reformado em 08.10.2008)	22.02.2008	04.11.2008	01.01.2009 (ACSS refere esta como a data em que a EGEST assegurou a gestão do Hospital).	21.02.2038
Hospital de Braga – 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 à EGEST, consoante esta ocorra, respetivamente, antes ou depois do dia 20 do mês em que o visto foi concedido ( <i>gr. alínea a)</i> do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 142.ª)	09.02.2009	09.02.2009	15.07.2009	01.09.2009 (ACSS refere esta como a data em que a EGEST assegurou a gestão do Hospital).	31.08.2019

<sup>3</sup> Estas datas são consideradas, nesta fase preliminar, por cautela, até de acordo com o entendimento do Tribunal de Contas, vertido no Acórdão n.º 29/17.NOV.2013/1ªS/SS, Processo n.º 1469/2013, de 18 de novembro de 2013. Não obstante, por via interpretativa e ao abrigo dos artigos 279.º do Código Civil e do artigo 471.º do Código dos Contratos Públicos, pode ser defendido que a data correta da caducidade seja o dia correspondente ao dia em que o prazo se inicia.

# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Hospital de Braga – EGHED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura ( <i>gr. alínea b)</i> do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 1 da cláusula 142.ª).	09.02.2009	09.02.2009	15.07.2009	01.09.2009 (ACSS refere esta como a data em que a EGHED assegurou a gestão do Hospital).	08.02.2039
Hospital de Loures – EGHED	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 EGHED ( <i>gr. n.º 1 da Cláusula 38.ª e n.º 1 da Cláusula 1.ª</i> ).	31.12.2009	31.12.2009	15.06.2010	Janeiro de 2012 (a ACSS previa que o primeiro serviço do novo Hospital entrasse em serviço em janeiro de 2012 – <i>esta informação carece de confirmação</i> )	Entre final de dezembro de 2021 e janeiro de 2022 ( <i>esta informação carece de confirmação</i> )
Hospital de Loures – EGHED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura ( <i>gr. Cláusula 80.ª e n.º 1 da Cláusula 130.ª</i> ).	31.12.2009	31.12.2009	15.06.2010	Janeiro de 2012 (a ACSS previa que o primeiro serviço do novo Hospital entrasse em serviço em janeiro de 2012 – <i>esta informação carece de confirmação</i> )	30.12.2039
Hospital de Vila Franca de Xira – EGHED	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 ( <i>gr. alínea a)</i> 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 (ACSS refere esta como a data em que a EGHED assegurou a gestão do Hospital).	31.05.2021
Hospital de Vila Franca de Xira – EGHED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura ( <i>gr. alínea b)</i> 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 (ACSS refere esta como a data em que a EGHED assegurou a gestão do Hospital).	31.05.2041

# U T A P

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

4. Resulta, assim, do clausulado dos contratos acima mencionados que, no que diz respeito ao estabelecimento hospitalar, os contratos começarão a atingir o seu termo a partir do ano de 2018, assumindo especial destaque o caso do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, que, relativamente à gestão do estabelecimento, caducará a 31 de dezembro de 2018.

Importa, pois, descrever quais os cenários e procedimentos que deverão ser cuidadosamente estudados e observados, antecipadamente, perante a eminência de caducidade dos mencionados contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares.

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

## B. DO PROCESSO DE DECISÃO

5. *Antes de mais*, importa começar por referir que, qualquer que seja a decisão a tomar, a mesma exigirá uma adequada fundamentação, que contemplará, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção em causa (por exemplo, a vantagem da renovação contratual, secundarizando, assim, a abertura de um novo procedimento, ou o contrário), e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.
6. Uma vez que se trata de uma decisão com relevantes implicações económico-financeiras e jurídicas e com impacto nas contas públicas, consideramos que a mesma, por analogia com o que aconteceu no procedimento decisório que esteve na base da celebração dos contratos de gestão originais e com o que surge ora previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio (“DL 111/2012”) em relação aos processos de estudo e lançamento de novos projetos em modelo de PPP, deverá ser preparada com a participação de entidades do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, e a respetiva decisão final tomada em conjunto pelos respetivos membros responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças.
7. Ademais, devem, em conjunto, observar-se os termos e os limites previstos tanto no respetivo contrato, como na legislação especialmente aplicável, incluindo as disposições e princípios previstos no enquadramento jurídico aplicável às PPP, nos termos do DL 111/2012.
8. Do nosso ponto de vista, ainda, a decisão que venha a ser tomada sobre a solução a adotar em relação a um determinado contrato, no que diz respeito à gestão do respetivo estabelecimento hospitalar, não tem de ser idêntica à de todos os outros contratos de gestão em regime PPP do setor da saúde.

Na verdade, consideramos que se devem estabelecer critérios comuns aplicáveis a todos os contratos em causa, para que a decisão do Estado possa tratar de forma igualitária as parcerias em causa e possa adotar procedimentos e requisitos comuns – como, por exemplo, (i) ser o resultado das avaliações de desempenho realizadas ao abrigo de cada contrato de gestão qualificado, em todos os anos, com uma nota específica (e.g. BOM), (ii) ser confirmado, no caso concreto, que a EPC não

# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

pretende, por razões de interesse público, introduzir modificações na atividade objeto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do contrato de gestão e (iii) ser validado que a renovação não colide com qualquer um dos princípios e regras do regime de parcerias especialmente aplicável à parceria em causa<sup>4</sup>.

Acontece, contudo, que tal decisão deve ser tomada caso a caso, atendendo às circunstâncias e peculiaridades de cada contrato, nomeadamente considerando os pressupostos e características de cada projeto, o histórico da respetiva execução e performance do parceiro privado, nas suas diversas vertentes, nomeadamente, através de uma ponderação geral e abrangente de todas as componentes de gestão do estabelecimento em causa, bem como a um nível técnico, financeiro e jurídico<sup>5</sup>.

9. Nesse contexto, são os seguintes os cenários que, na nossa ótica, podem ser equacionados:

---

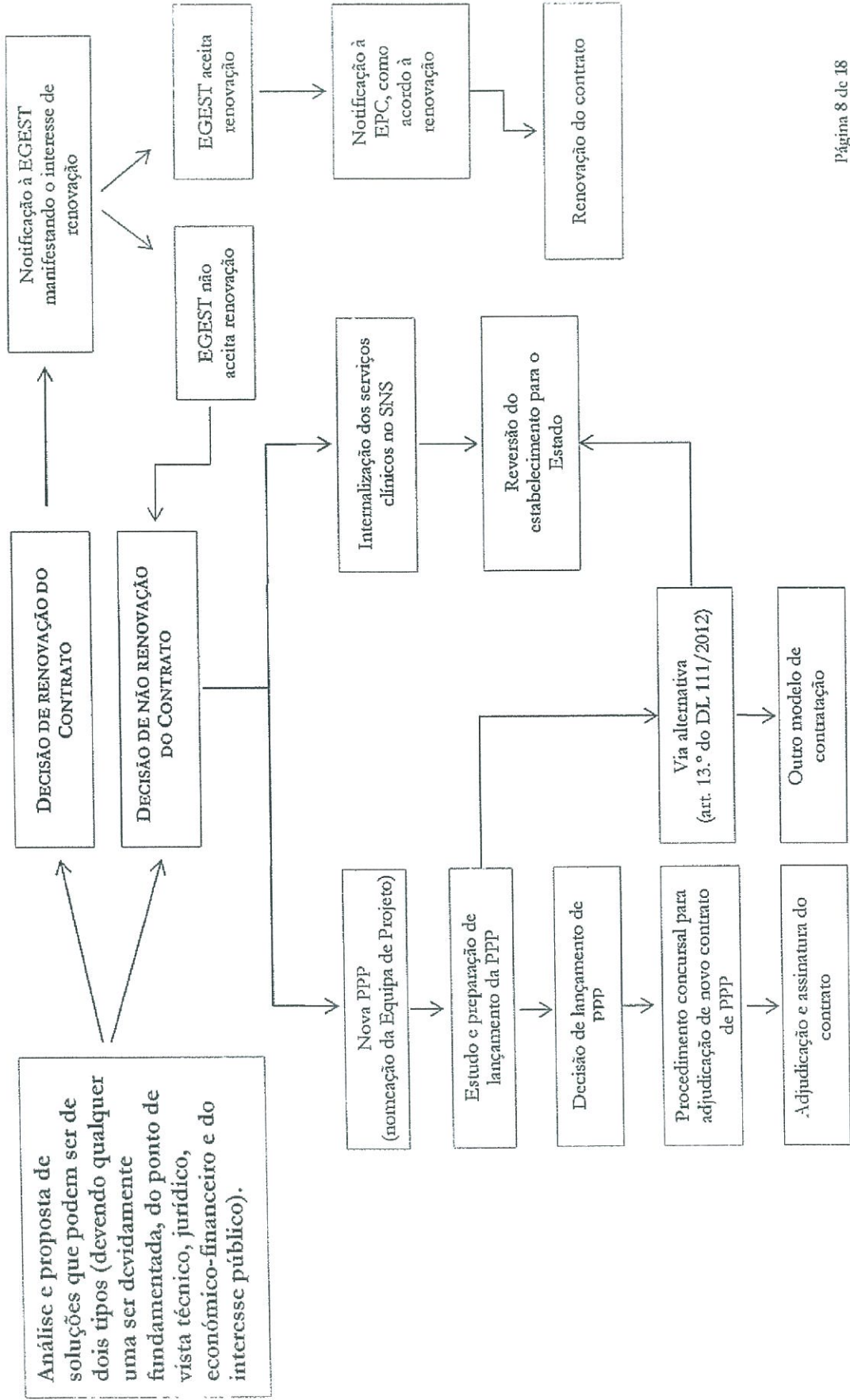
<sup>4</sup> É o caso do que se encontra disposto expressamente como requisitos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures (*cf.* Cláusula 38ª do contrato) e que, em nossa opinião, podem ser estendidos aos demais casos e trabalhados no contexto da análise que se pretenderá efetuar em relação ao futuro dos contratos aqui em apreço.

<sup>5</sup> Note-se, por outro lado, que, mesmo do ponto de vista temporal, as decisões sobre cada contrato de gestão em causa devem ser tomadas em diferentes períodos. A título exemplificativo: o contrato relativo à gestão do estabelecimento do Hospital de Cascais caducará a 31 de dezembro de 2018 e, como tal, a decisão sobre uma eventual renovação (admitida neste e em todos os contratos aqui em apreço) terá de ser tomada até ao final de 2016, enquanto que a decisão referente ao Hospital de Vila Franca de Xira, só necessita de ser tomada até ao dia 31 de maio de 2019 (*cf.* Nota UTAP, em anexo). Com efeito, durante este lapso temporal, de cerca de dois anos e meio, as circunstâncias podem ser distintas e a decisão que poderá ser a mais aconselhada para um determinado contrato e em 2016, pode não o ser para outro contrato e em 2019 e, no exemplo dado, a solução a adotar no caso do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais pode não ser necessariamente a mesma que se impõe no Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira. Mais se refira que, para além dos *timings* serem distintos, a verdade é que os pressupostos também o são. Com efeito, por exemplo, no Contrato de Gestão do Hospital de Loures impõe-se, para a renovação do contrato relativo à gestão do estabelecimento, a verificação de determinados pressupostos (*cf.* alíneas *a)*, *b)* e *c)* n.º 2 da Cláusula 38.ª) que não são exigidos para a renovação dos contratos relativos aos restantes estabelecimentos hospitalares.

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

CENÁRIOS RELATIVOS AO FUTURO DOS CONTRATOS DE GESTÃO DO ESTABELECIMENTO DE PPP DO SETOR DA SAÚDE



# U T A P

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

10. Em termos sintéticos, numa primeira fase da análise a desenvolver deverá, desde logo, decidir-se se:
  - a) Se pretende promover a renovação do contrato de gestão; ou
  - b) Não se promoverá a renovação do contrato de gestão do estabelecimento.

Vejamos cada uma das hipóteses, e respetivas sub-hipóteses, em concreto.

# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

### B.1. RENOVAÇÃO DO CONTRATO

11. Com efeito, todos os contratos preveem a possibilidade da sua renovação<sup>6</sup>, no que diz respeito à gestão do estabelecimento hospitalar, por períodos sucessivos, não superiores a dez anos, num total que não pode exceder o termo do prazo previsto para a respetiva EGED, ou seja, poderão ser renovados por um máximo de vinte anos (*cf.* n.ºs 2 e 3 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; n.ºs 2 e 3 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; n.ºs 2 e 4 da Cláusula 38.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures<sup>7</sup>; e n.ºs 2 e 3 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira).
12. Caso venha a ser este o sentido da decisão decorrente do estudo e análise que tem de se promover nesta fase, a Entidade Pública Contratante (“EPC”) deve manifestar a sua vontade de renovar o contrato de gestão, através de notificação à EGEST, até dois anos antes do final do prazo do contrato ou da respetiva renovação (*cf.* n.º 4 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; n.º 4 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; n.º 5 da Cláusula 38.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures; e n.º 4 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira).

Face ao exposto e conforme resulta do teor dos contratos aqui em análise, a EPC deverá notificar a EGEST da sua intenção de renovar o respetivo contrato, nos prazos máximos abaixo indicados:

---

<sup>6</sup> De acordo com o entendimento do Tribunal de Contas, a “*renovação contratual equivale à reconstituição, no termo do prazo e em iguais moldes ou próximos, do complexo originalmente inscrito no contrato inicial*”, acrescentando ainda que a renovação correspondente à “*outorga de um novo título jurídico ao mesmo sujeito, com o mesmo objeto, e, em princípio, com as mesmas condições do título anterior ou semelhantes*” e “*equivale à reconstituição, no termo do prazo e em iguais moldes ou próximos, do complexo obrigacional inscrito no contrato inicial*”, concluindo, a esse respeito, que “*no âmbito da renovação surge uma nova relação contratual [com clausulado eventualmente diverso do inscrito no contrato original]*” (*cf.* Acórdão n.º 5/2012 - 17/12/2012 – 1.ª secção/ss, processo n.º 1855/2011).

<sup>7</sup> No Contrato de Gestão do Hospital de Loures exige-se ainda que (i) “*o resultado das avaliações de desempenho ao abrigo da Cláusula 74.ª do Contrato*” seja “*qualificado, em todos os anos, no mínimo, como BOM*”, (ii) “*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*” e (iii) “*A renovação do Contrato não colida com qualquer dos princípios do regime de parcerias (...)*”.



# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

CONTRATO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO
HOSPITAL DE CASCAIS - EGEST	A EPC deve manifestar a vontade de renovar o Contrato até ao dia 31.12.2016.
HOSPITAL DE BRAGA – EGEST	A EPC deve manifestar a vontade de renovar o Contrato até ao dia 31.08.2017.
HOSPITAL DE LOURES - EGEST	A EPC deve manifestar a vontade de renovar o Contrato até ao final de dezembro 2019/janeiro de 2020).
HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA – EGEST	A EPC deve manifestar a vontade de renovar o Contrato até ao dia 31.05.2019.

13. Note-se que não é evidente que, caso se opte pela renovação do prazo de execução do contrato, seja necessária a intervenção de uma comissão de negociação, cuja constituição vem prevista no artigo 21.º, no n.º 1 do artigo 22.º e no artigo 10.º, todos do DL 111/2012.

Com efeito, um tal cenário não parece subsumível a nenhuma das situações previstas no n.º 1 do artigo 21.º do DL 111/2012, o qual determina a constituição de uma comissão de negociação “quando se verificarem ou sejam invocados factos suscetíveis de fundamentar uma partilha de benefícios ou a sua integral atribuição ao parceiro público, a reposição do equilíbrio financeiro ou a renegociação do contrato”.

Na verdade, afigura-se que a renovação dos contratos de gestão em apreço, regulada em todos os respetivos clausulados, se trata, em maior medida, de um aspeto da sua execução, que poderá ocorrer sem a necessidade da constituição e intervenção de uma comissão de negociação.

De todo o modo, consideramos que esta decisão deverá ser devidamente ponderada no seio dos trabalhos ulteriores a desenvolver nesta matéria e tomada pelos membros do Governo com responsabilidade nas áreas da saúde e das finanças.

14. Cumpre, ainda, alertar, a este propósito, para os riscos e os limites que são necessários verificar em concreto no procedimento de renovação de cada contrato de gestão. Com efeito, devem os mesmos assegurar o cumprimento escrupuloso dos

# U T A P

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

requisitos previstos na lei e no contrato, para cada uma dessas vicissitudes contratuais<sup>8</sup>.

15. 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, conforme acima referido.

Ora, é com este contexto que surge a necessidade de subdividir o cenário que estamos a analisar em duas sub-hipóteses, a saber:

- a) Caso ocorra o acordo da EGEST – cenário em que se dá por preenchido o requisito mínimo contratual para o efeito, operando-se a renovação caso se encontrem verificados os demais requisitos legais e contratuais referidos no parágrafo anterior (*cf.* ponto 13).
- b) Caso a EGEST não dê o seu acordo – cenário em que caberá à EPC promover os procedimentos necessários para pôr em prática os restantes enquadramentos, agora já de não renovação do contrato (que, de seguida, se expõem em maior detalhe).

---

<sup>8</sup> Recorde-se o procedimento relativo ao Contrato de Gestão do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Centro do Sul, nomeadamente, no que diz respeito ao entendimento do Tribunal de Contas, vertido no Acórdão n.º 29/17.NOV.2013/1ªS/SS, Processo n.º 1469/2013, de 18 de novembro de 2013. Apesar de as condicionantes e disposições aplicáveis serem distintas (note-se que o referido Contrato de Gestão não previa expressamente a possibilidade de renovar ou a extensão do prazo do contrato original), a verdade é que se trata de uma matéria controversa em relação à qual os riscos devem ser devidamente identificados e a fundamentação da solução e dos termos da renovação deve ser cuidadosamente sustentada.

# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

### B.2. NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

16. Conforme acima referido, numa primeira fase da análise a desenvolver poderá, desde logo, decidir-se um cenário diferente da renovação do contrato de gestão, caso em que se poderá observar um dos seguintes sub-cenários:

- a) Lançamento de uma nova PPP;
- b) Recurso a um modelo de contratação alternativo; ou
- c) Internalização da prestação dos serviços clínicos.

Vejamos em pormenor cada um deles.

#### B.2.1. LANÇAMENTO DE UMA NOVA PARCERIA

17. O cenário de não renovação, pode, em termos genéricos, ter subjacente uma decisão de promoção do lançamento e estudo de uma nova PPP, com vista à adjudicação de um novo contrato de gestão do estabelecimento hospitalar a uma entidade privada<sup>9</sup>.

Caso se opte por esta via, tal carece de seguir o regime previsto no DL 111/2012, o que pressuporá a intervenção de uma equipa de projeto, constituída nos termos e para os efeitos dos seus artigos 10.º a 18.º.

Com efeito, em detalhe, para dar início ao estudo e preparação do lançamento de uma parceria, deve ser apresentada ao membro do Governo responsável pela área da saúde, uma proposta devidamente fundamentada, indicando, nomeadamente (i) o objetivo da parceria; (ii) os objetivos que se pretendem alcançar; (iii) a sua fundamentação económica; e (iv) a viabilidade financeira do projeto.

O estudo e preparação do lançamento de uma parceria pressupõem, caso o membro do Governo responsável pela área da saúde decida dar início a tal estudo e preparação, a notificação do membro do Governo responsável pela área das finanças, com vista à constituição de uma equipa de projeto, indicando, desde logo, consoante

---

<sup>9</sup> Que, de acordo com o que resultar do procedimento concursal que terá de ser acoplado ao lançamento da nova PPP, pode ser adjudicado ao mesmo parceiro privado que já desenvolveu essa gestão nos dez anos anteriores ou a qualquer outro parceiro privado ao qual venha a ser adjudicado esse contrato.

# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

a complexidade do processo, dois ou três membros efetivos e um ou dois suplentes, respetivamente, para integrar essa equipa (*cf.* n.º 2 do artigo 9.º do DL 111/2012).

Por último, o n.º 3 do artigo 9.º do DL 111/2012 prevê que, cumprido o que ora se descreveu, o membro do Governo responsável pela área das finanças determine à UTAP a constituição da equipa de projeto.

Uma vez constituída a equipa de projeto, a mesma deverá, nos termos do n.º 2 do artigo 12.º do DL 111/2012, designadamente:

- a) Elaborar a justificação do modelo a adotar, no qual tem de comparar as alternativas de lançamento que permitem alcançar o projeto visado, tendo que, para tanto, demonstrar a inexistência de alternativas equiparáveis dotadas de maior eficiência técnica e operacional ou de maior racionalidade económica e financeira;
- b) Elaborar o estudo estratégico e económico-financeiro de suporte ao lançamento do projeto;
- c) Demonstrar a comportabilidade orçamental, entrando, para o efeito, em linha de conta com os encargos brutos gerados;
- d) Propor as soluções e medidas que considere mais consentâneas com a defesa do interesse público; e
- e) Propor e preparar as minutas dos instrumentos jurídicos necessários à realização do procedimento prévio à contratação.

Findos os referidos trabalhos, a equipa de projeto deverá submeter à consideração dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças, um relatório fundamentado com uma proposta de decisão, a qual deverá ser tomada por aqueles no prazo de trinta dias (*cf.* artigo 14.º do DL 111/2012).

18. Consequentemente, deverá ser lançado um novo procedimento concursal, com vista à seleção do parceiro privado, o qual deverá seguir o regime previsto nos artigos 15.º a 17.º do DL 111/2012 e o disposto nos artigos 16.º e seguintes do Código dos Contratos Públicos (*cf.* n.º 1 do artigo 15.º do DL 111/2012).

# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Findo o aludido procedimento, proceder-se-á à adjudicação e, posteriormente à celebração, do novo contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, em regime de PPP, nos termos do disposto no artigo 18.º do DL 111/2012.

A preparação e execução deste procedimento concursal, adjudicação e assinatura do contrato comportam também um relevante consumo de tempo, que deverá ser tido em conta na urgência da visão subjacente a cada procedimento<sup>10</sup>.

### B.2.2. ADOÇÃO DE UM OUTRO MODELO DE PARCERIA

19. No contexto dos trabalhos de justificação do modelo a adotar que devem ser levados a cabo pela equipa de projeto mencionada na secção anterior, pode, contudo, concluir-se que não deverá ser adotado o modelo de PPP, mas um outro modelo (por exemplo, um modelo tradicional de contratação dos serviços em causa ou a internalização dos serviços clínicos pelo Serviço Nacional de Saúde).

Nesse caso, também em relação aos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares sobre que versa a presente Nota, a equipa de projeto nomeada para o estudo, preparação e lançamento da PPP, deve recomendar ao Governo a utilização de um outro modelo de contratação, nos termos e para os efeitos do artigo 13.º do DL 111/2012.

---

<sup>10</sup> Veja-se, por exemplo, o que sucedeu com o Contrato de Gestão do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Centro (“CMFRS”) – O contrato de gestão deste centro caducou no final do ano 2013, pelo que, previamente, decidiu o Governo, ao abrigo do DL 111/2012, promover o início do estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP (cf. Despacho n.º 9794/2013, de 21 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2ª série, N.º 142, de 25 de julho de 2013). No entanto, tal surgiu já muito em cima do prazo de caducidade do contrato em causa. Essa proximidade determinou que, em simultâneo com esse estudo e preparação, se promovessem as diligências necessárias para a manutenção ininterrupta da prestação do serviço clínico do centro e, com esse objetivo, nomeou-se, ao abrigo do mesmo diploma legal, uma comissão de negociação com vista a celebrar uma adenda ao contrato de gestão que permitiria a prorrogação do contrato por um período adicional de 14 meses (cf. Despacho n.º 10625-A/2013, de 2 de agosto, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2ª série, N.º 156, de 14 de agosto de 2013). Face à recusa de visto pelo Tribunal de Contas à mencionada adenda ao contrato de gestão original, teve de ser iniciado o complexo processo de reversão da universalidade de bens e direitos que integram o centro para a Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., a qual sucedeu à entidade gestora, no objeto global de exploração, manutenção e conservação do edifício e realização de prestações de saúde de medicina física e de reabilitação no centro. Este processo de reversão foi executado paralelamente à preparação do lançamento do novo processo concursal para a contratação de um novo contrato de gestão em modalidade de PPP.

# U T A P

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

### B.2.3. INTERNALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS

20. Analisemos, *por fim*, o último sub-cenário que, no contexto das hipóteses de não renovação dos contratos de gestão dos estabelecimentos aqui em causa, se pode equacionar – a internalização da prestação dos serviços clínicos pelo Estado (ou seja, no contexto do Serviço Nacional de Saúde, sem recurso à intervenção de um ente privado).
21. De facto, os cenários vistos até aqui apontam sempre, primordialmente, para a externalização dos serviços clínicos, ou seja, para a sua prestação por uma entidade privada, seja ao abrigo de um contrato de PPP ou ao abrigo de um contrato público de prestação de serviços. No entanto, os trabalhos a desenvolver (mesmo no contexto da equipa de projeto, como vimos na secção B.2.2.), podem vir a recomendar, com base nos juízos técnicos, jurídicos e económico-financeiros, bem como de interesse público, que a gestão do estabelecimento não deva ser assegurada por uma entidade privada, mas pelo próprio Estado, o que implicará, em concreto, a reversão para o Estado do estabelecimento hospitalar em causa (serviços clínicos), passando este - nomeadamente através dos seus meios a disponibilizar no contexto e nos mesmos termos do que se verifica no SNS - a assumir a respetiva responsabilidade pela prestação dos serviços clínicos da PPP em causa (com manutenção do contrato no que diz respeito à Entidade Gestora do Edifício)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> É, aliás, esta solução - de separação dos serviços clínicos, a prestar pelo Estado, e dos serviços relativos à infraestrutura, a prestar pelo parceiro privado, - que se encontra em estudo e preparação no contexto do projeto do Hospital Lisboa Oriental (*gr. Despacho n.º 1317-A/2014, de 24 de janeiro, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2ª série, N.º 18, de 27 de janeiro de 2014*) e que se defendeu em relação aos hospitais inseridos na 2ª vaga do programa de parcerias para o setor hospitalar, por oposição aos hospitais da 1ª vaga (onde se incluem os quatro contratos de PPP em análise nesta nota) que abrangem na parceria público-privada tanto os serviços clínicos como os serviços infraestruturais.

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

## C. CONCLUSÕES E DESTAQUE PARA A URGÊNCIA NECESSÁRIA NA IDENTIFICAÇÃO DAS MELHORES SOLUÇÕES

22. Chegados até aqui e analisados todos os cenários que se consideram de ponderar na eminência da caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares, impõe-se reiterar que a decisão subjacente a cada um dos contratos e em relação à melhor solução para a gestão dos estabelecimentos hospitalares em causa, dada a respetiva complexidade, pressupõe um relevante tempo de maturação, estudo e preparação prévio, o qual se recomenda que seja, em qualquer caso, garantido.

23. Com efeito, em suma:

a) Seja para renovar o contrato com a mesma EGEST (cuja decisão tem de ser tomada, por força do disposto em cada contrato, até dois anos antes da sua caducidade, conforme acima explicitado);

b) Seja para não renovar o contrato,

(i) Adjudicando um novo contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, em regime de PPP, a uma entidade privada (o que pressupõe o lançamento de um processo de estudo e preparação da parceria, respetiva aprovação e que inclui um concurso público, posterior adjudicação e assinatura do novo contrato); ou

(ii) Adotando um outro modelo de contratação (como, por exemplo, a contratação da prestação dos serviços em causa pela via tradicional); ou

(iii) Promovendo a internalização pelo Estado do serviço clínico levado a cabo nos estabelecimentos hospitalares em análise;

a verdade é que qualquer uma destas opções 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, inclusive, por um lado, a fundamentação que necessariamente terá de produzir-se em cada cenário, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, e, por outro lado, os procedimentos legais e contratuais subjacentes a cada uma delas.

# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

A este respeito, acrescente-se que a experiência – sobretudo nos mais recentes projetos do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul<sup>12</sup> e do Hospital de Lisboa Oriental<sup>13</sup> – mostra que os procedimentos se revelam, na prática, mais longos e complexos do que o originalmente expetável.

Como tal, recomenda-se que seja evitado que uma preocupação com a celeridade do processo – que inevitavelmente surgirá caso não se proceda a uma análise prévia, devidamente atempada e se coloque o estudo e análise que tem de se promover antecipadamente muito próximo do prazo de caducidade ou, no caso de renovação do contrato, da decisão a tomar – condicione a ponderação e avaliação necessárias dos pressupostos e características dos projetos, nas suas diversas vertentes técnica, financeira e jurídica.

24. Sem prejuízo da mesma premência se poder aplicar nas restantes parcerias do setor da saúde pelas razões que acabamos de expor, destaque-se, finalmente, pela prioridade que o mesmo deve observar, que, no que diz respeito ao Hospital de Cascais, a manifestação de vontade de renovar o contrato, através de notificação à EGEST, deverá ser feita até ao dia 31 de dezembro de 2016. Com efeito, caso se pretenda analisar esta possibilidade, em face de outras, as suas vantagens e desvantagens e qual será a melhor opção para o Estado e para os utentes, para efeitos da obtenção de ganhos de eficiência e do bom andamento dos trabalhos futuros, deverá dar-se início à sua análise com urgência.

---

<sup>12</sup> Cfr. Despacho n.º 9794/2013, de 21 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2ª série, N.º 142, de 25 de julho de 2013.

<sup>13</sup> Cfr. Despacho n.º 1317-A/2014, de 24 de janeiro, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2ª série, N.º 18, de 27 de janeiro de 2014.



## Anexo 4





- Concordo;  
- Remeter à ACSS, à ARSLVT e

### NOTA INTERNA

à ARS Norte a presente nota interna

PARA: Exma. Senhora  
/ TO Dra. Rita Magalhães Collaço  
Chefe do Gabinete de S. Exa. o Secretário de Estado  
Adjunto do Ministro da Saúde

NºREF.: Entrada n.º 4942, de 14.04.2015  
/REF. 5977, de 06.05.2015 e n.º 6001,  
de 06.05.2015

DE Cristiana Calheiros  
/ FROM Adjunta de S. Exa. o Secretário de Estado Adjunto do  
Ministro da Saúde

DATA 03.11.2015  
/ DATE

bem como a informação da VTAP;

ASSUNTO Término dos contratos de Parceria Público-Privada  
/ SUBJECT (PPP) na componente de prestação de serviços clínicos

- Na sequência do despacho de  
S. Exa. o Ministro de 10.11.2014, a  
ACSS e a ARSLVT devem, con

Através do Ofício com Entrada n.º 4942, de 14.04.2015 veio a UTAP remeter a sua Informação n.º 006/2015 e nota interna também elaborada pela UTAP, referentes ao assunto "Término dos Contratos de Gestão, em regime de Parceria Público-Privada, do sector da Saúde".

a mesma sequência, deu início a

Tal informação foi também remetida pelo Gabinete de Sua Excelência o Secretário de Estado das Finanças, através do Ofício com Entrada n.º 6001, de 06.05.2015.

procedimento de análise jurídica,

Analisada a referida Informação, verifica-se que a mesma teve início na sequência de uma Nota Interna elaborada pelo Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Saúde, datada de 06.11.2014, relativa ao término dos contratos de Parceria Público-Privada na componente de prestação de serviços clínicos, bem como num Despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, de 10.11.2014, através do qual concorda com o teor daquela Nota Interna e determina que seja enviada à ACSS, IP, "enquanto entidade com competência na coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão de parceria público-privada" para que "diligencie no sentido de criar uma Equipa de Projeto (...) com o objetivo de propor uma metodologia de avaliação comparativa das diferentes opções (...), para que o Ministério da Saúde disponha da informação necessária para a tomada de decisão, em tempo útil, sobre a opção que melhor defende os interesses do Estado, permitindo assegurar um processo transparente e homogéneo em todas as PPP do sector da Saúde".

devidamente fundamentada, que

Assim, começa a UTAP por referir que, "de uma forma geral, concordamos com o teor da Nota Interna do MS, não podendo deixar de destacar a sua relevância e urgência, como aliás decorre da Nota elaborada pela UTAP, que damos aqui por reproduzida (cfr. Nota UTAP, junta em anexo)". No entanto, entende a UTAP ser de destacar alguns pontos que, em sua opinião, necessitam de clarificação e de maior desenvolvimento no seio dos trabalhos futuros que incidirão sobre esta matéria, tais como:

permite uma avaliação comparativa da

- dos prazos de vigência dos contratos - refere a UTAP que as datas de término dos contratos de gestão em regime de PPP, indicadas na Nota Interna do MS de 06.11.2014, necessitam de ser reconfirmadas, "na medida em que o prazo de 10 anos destes contratos, no que diz respeito às entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares ("EGEST"), deve ser contado desde a data de transmissão do estabelecimento hospitalar (à exceção do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, conforme se descreve no mencionado ponto A. da Nota UTAP)". Sendo que da análise da UTAP, os contratos de gestão, em regime de PPP do sector da saúde (na componente de prestação de serviços clínicos), terminam a sua vigência nas datas abaixo indicadas:

diferentes opções, de modo a identificar

CONTRATO	DATA DA CADUCIDADE
Hospital de Cascais - EGEST	31.12.2018
Hospital de Braga - EGEST	31.08.2019
Hospital de Loures	dezembro 2021/janeiro 2022
Hospital de Vila Franca de Xira - EGEST	31.05.2021

o interesse público de futuras, inclui representantes para eventual equipa de Projeto.

- c/c S. Exa. o Ministro de Saúde, 4.11.2015



- **do processo de decisão** – entende a UTAP que, ao contrário do defendido pelo MS nos documentos *supra* referidos, “a decisão que venha a ser tomada sobre a solução a adotar em relação a um determinado contrato, no que diz respeito à gestão do respetivo estabelecimento hospitalar, não tem de ser idêntica à de todos os outros contratos de gestão em regime PPP do sector da Saúde”. Assim, defende que “se devem estabelecer critérios comuns aplicáveis a todos os contratos em causa, para que a decisão do Estado possa tratar de forma igualitária as parcerias em causa e possa adotar procedimentos e requisitos comuns – como por exemplo, (i) ser o resultado das avaliações de desempenho realizadas ao abrigo de cada contrato de gestão qualificado, em todos os anos, com uma nota específica (e.g. BOM), (ii) ser confirmado, no caso concreto, que a EPC não pretende, por razões de interesse público, introduzir modificações na atividade objeto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do contrato de gestão e (iii) ser validado que a renovação não colide com qualquer um dos princípios e regras do regime de parcerias especialmente aplicável à parceria em causa”, mas “tal decisão deve ser tomada caso a caso, atendendo às circunstâncias e peculiaridades de cada contrato, nomeadamente, considerando os pressupostos e características de cada projeto, o histórico da respetiva execução e performance do parceiro privado, nas suas diversas vertentes, nomeadamente através de uma ponderação geral e abrangente de todas as componentes de gestão do estabelecimentos em causa, bem como a um nível técnico, financeiro e jurídico”.

Alerta ainda a UTAP para o facto de que “mesmo do ponto de vista temporal, as decisões sobre cada contrato de gestão em causa devem ser tomadas em diferentes períodos. A título exemplificativo: o contrato relativo à gestão o estabelecimento do Hospital de Cascais caducará a 31 de dezembro de 2018 e, como tal, a decisão sobre uma eventual renovação (admitida neste e em todos os contratos aqui em apreço) terá de ser tomada até ao final de 2016, enquanto que a decisão referente ao Hospital de Vila Franca de Xira, só necessita de ser tomada até ao dia 31 de maio de 2019 (cfr. Nota UTAP, em anexo”, sendo que “durante esse lapso temporal, de cerca de dois anos e meio, as circunstâncias podem ser distintas e a decisão que poderá ser a mais aconselhada para um determinado contrato e em 2016, pode não ser para outro contrato e em 2019”.

Acresce ainda que, para além dos timings, também os pressupostos são distintos, uma vez que, “por exemplo, no Contratos de Gestão do Hospital de Loures impõe-se, para a renovação do contrato relativo à gestão do estabelecimento, a verificação de determinados pressupostos (cfr. alíneas a), b) e c) n.º 2 da Cláusula 38.ª) que não são exigidos para a renovação dos contratos relativos aos restantes estabelecimentos hospitalares”.

Para além disso, “qualquer cenário de renovação ou de não renovação deve, ainda, observar os termos e os limites previstos tanto no respetivo contrato, como na legislação especialmente aplicável, incluindo as disposições e princípios previstos no enquadramento jurídico aplicável às PPP, nos termos do DL 111/2012”.

Assim, e de acordo com o que a UTAP refere na sua Nota anexa à Informação sob análise, “qualquer que seja a decisão a tomar, a mesma exigirá uma adequada fundamentação, que contemplará, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção em causa (por exemplo, a vantagem da renovação contratual, secundarizando, assim a abertura de um novo procedimento, ou o contrário), e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público”. Sendo que, tratando-se de “uma decisão com relevantes implicações económico-financeiras e jurídicas e com impacto nas contas públicas, consideramos que a mesma, por analogia com o que aconteceu no procedimento decisório que esteve na base da celebração dos contratos de gestão originais e com o que surge ora previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio em relação aos processos de estudo e lançamento de novos projetos em modelo de PPP, deverá ser preparada com a participação de entidades do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, e a respetiva decisão final tomada em conjunto pelos respetivos membros responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças”.



- **Cenários possíveis** – A UTAP remete para uma proposta de elenco das possíveis soluções a adotar relativamente ao futuro de cada um dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares (serviços clínicos) em apreço, bem como a descrição das soluções ao dispor e os respetivos procedimentos a observar em cada uma delas (cfr. pontos B.1 e B.2).

Analisados os referidos pontos da Nota da UTAP remetida em anexo, temos que, *“todos os contratos preveem a possibilidade da sua renovação, no que diz respeito à gestão do estabelecimento hospitalar, por períodos sucessivos, não superiores a dez anos, num total que não pode exceder o termo do prazo previsto para a respetiva EGED, ou seja, poderão ser renovados por um máximo de vinte anos”*.

Assim, *“caso venha a ser este o sentido da decisão decorrente do estudo e análise que tem de se promover nesta fase, a Entidade Pública Contratante (EPC) deve manifestar a sua vontade de renovar o contrato de gestão, através da notificação à EGEST, até dois anos antes do final do prazo do contrato ou da respetiva renovação”*.

Adianta a UTAP que, a EPC deverá notificar a EGEST da sua intenção de renovar o respetivo contrato, nos prazos máximos abaixo indicados:

CONTRATO	Prazo para notificação da vontade de renovar
Hospital de Cascais - EGEST	Até 31.12.2016
Hospital de Braga - EGEST	Até 31.08.2017
Hospital de Loures	Até final de dezembro 2019/janeiro 2020
Hospital de Vila Franca de Xira - EGEST	Até 31.05.2019

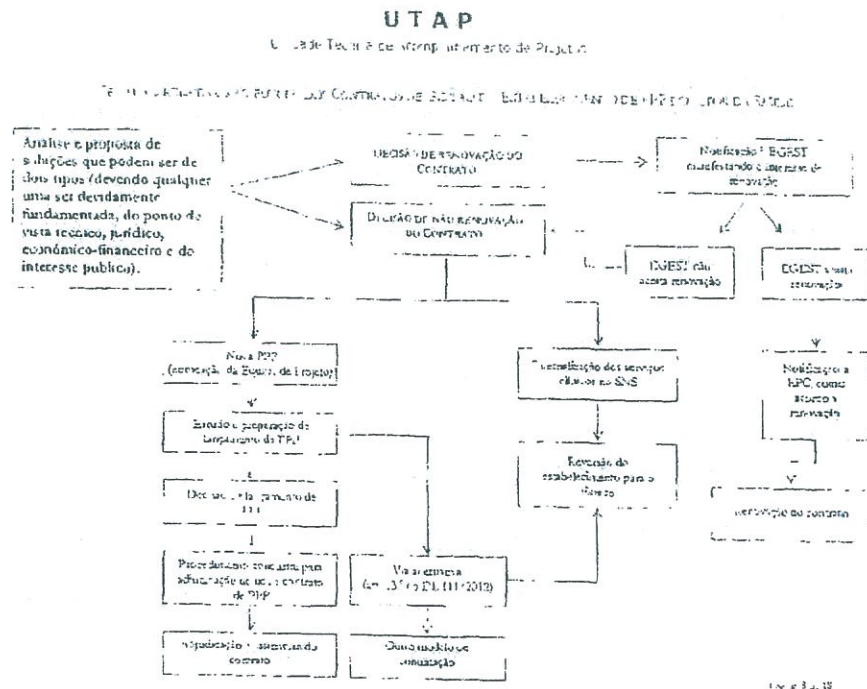
De sublinhar que a UTAP faz notar que *“não é evidente que, caso se opte pela renovação do prazo de execução do contrato, seja necessária a intervenção de uma comissão de negociação, cuja constituição vem prevista no artigo 21.º, n.º 1 e do artigo 22.º e no artigo 10.º, todos do DL 111/2012”, na medida em que “um tal cenário não parece subsumível a nenhuma das situações previstas no n.º 1 do artigo 21.º do DL 111/2012, o qual determina a constituição de uma comissão de negociação “quando se verificarem ou sejam invocados factos suscetíveis de fundamentar uma partilha de benefícios ou a sua integral atribuição ao parceiro público, a reposição do equilíbrio financeiro ou a renegociação do contrato”. Avança, no entanto, que “consideramos que esta decisão deverá ser devidamente ponderada no seio dos trabalhos ulteriores a desenvolver nesta matéria e tomada pelos membros do Governo com responsabilidade nas áreas da saúde e das finanças”*.

De referir ainda que *“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, conforme acima referido”, o que leva a que se analise duas sub-hipóteses, a saber:*

- a) Caso ocorra o acordo da EGEST – cenário em que se dá por preenchido o requisito mínimo contratual para o efeito, operando-se a renovação caso se encontrem verificados os demais requisitos legais e contratuais referidos no parágrafo anterior (cfr. ponto 13).



b) Caso a EGEST não dê o seu acordo – cenário em que caberá à EPC promover os procedimentos necessários para pôr em prática os restantes enquadramentos, agora já de não renovação do contrato, tais como: (i) lançamento de uma nova PPP; (ii) recurso a um modelo de contratação alternativo; ou (iii) internalização da prestação dos serviços clínicos.



Ainda de acordo com a Informação da UTAP, “considera-se que 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, inclusive, por um lado, a fundamentação que necessariamente terá de produzir-se em cada cenário, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, bem como do interesse público (cfr. pontos 10 a 12), e por outro lado, os procedimentos legais e contratuais subjacentes a cada uma delas”, mais se referindo que “a experiência – sobretudo nos mais recentes projetos do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul e do Hospital de Lisboa Oriental, cujos procedimentos se encontram presentemente em curso – mostra que os processos subjacentes a análise deste tipo se revelam, na prática, mais longos e complexos do que originalmente expectável”.

Termina a UTAP destacando a situação do Hospital de Cascais, na medida em que caso o Estado venha a decidir pela renovação, terá de notificar a EGEST dessa vontade de renovar até ao dia 31 de dezembro de 2016, pelo que “caso se pretenda analisar esta possibilidade, em face de outras, as suas vantagens e desvantagens e qual será a melhor opção para o Estado e para os utentes, para efeitos da obtenção de ganhos de eficiência e do bom andamento dos trabalhos futuros, deverá dar-se início à sua análise com urgência”.



Face a tudo o que vem sendo exposto, teor com o qual estamos em termos genéricos, totalmente de acordo, não podemos deixar de sublinhar a preocupação manifestada pela UTAP no que se refere à necessidade de, urgentemente, dar início ao processo de análise da questão inicial: renovar ou não renovar o Contrato de Gestão do Hospital de Cascais no âmbito da prestação de cuidados clínicos, de forma a permitir que, até dezembro de 2016, se possa notificar a EGEST da decisão em causa.

E tal urgência é tão maior, porquanto, e como salientado também pela UTAP, a experiência referente ao lançamento das parcerias do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul e do Hospital de Lisboa Oriental, mostra que os processos subjacentes a análise deste tipo se revelam, na prática, mais longos e complexos do que originalmente expectável, sendo que o processo de lançamento de parceria referente ao Hospital de Lisboa Oriental ainda está em curso, pelo que terá de ser desenvolvido ao mesmo tempo que a análise referente aqui em causa, com a intervenção exatamente das mesmas entidades – UTAP, ACSS, IP e ARSLVT, IP.

Pelo exposto, propõe-se o envio da Informação da UTAP à ACSS, IP e à ARSLVT. IP, solicitando parecer e informação que possa já ter sido preparada, nomeadamente face ao Despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde de 10.11.2014 sobre a mesma matéria, e reiterando o alerta para os prazos aqui em causa, bem como para a necessidade da ARSLVT, IP, enquanto entidade que exerce as competências de Entidade Pública Contratante no âmbito do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, dar início ao procedimento de análise prévia necessário à decisão de renovação do Contrato, devendo ainda ambas as instituições indicar representantes para integrarem uma eventual Equipa de Projeto para a análise aqui em causa, sob pena de não ser possível garantir a tomada de decisão em tempo, ou seja, antes de 31.12.2016.

Cristiana Calheiros

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

PARECER

Concordo.

À consideração de  
S. Exa. o Sr. SEF,  
e/e a S. Exa. o Sr. MS  
e o Sr. SES.

14.04.2015  
Diogo Macedo Graça  
Coordenador em Substituição

DESPACHO Nº 651/15-SEF

Visto. Remete-se para os devidos  
efeitos ao Sr. MS e ao Sr. SES.

05/05/2015

Manuel Rodrigues

Manuel Luís Rodrigues  
Secretário de Estado das Finanças

Informação nº.  
006/2015

Processo  
V/ Referência  
N.º 8789/2014  
Ent.: 7049 de 19/11/14  
Proc. N.º 19.04.07/14

Data  
13/04/2015

ASSUNTO: TÉRMINO DOS CONTRATOS DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA  
COMPONENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS

## A. CONSULTA

1. O processo foi remetido para conhecimento e eventuais comentários da UTAP, através do ofício com a referência *supra*, do Gabinete de Sua Excelência o Secretário de Estado das Finanças ("SEF"), datado de 4 de dezembro de 2014 e rececionado pela UTAP no dia 5 de dezembro de 2014.
2. Do processo enviado consta a seguinte documentação:
  - (i) Nota Interna elaborada pelo Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Saúde, datada de 6 de novembro de 2014, relativa ao término dos contratos de Parceria Público-Privada ("PPP") na componente de prestação de serviços clínicos ("Nota Interna do MS"); e



(ii) Despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, de 10 de novembro de 2014, através do qual concorda com o teor da Nota Interna do MS e determina que seja enviada à ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (“ACSS”), “enquanto entidade com competência na coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão de parceria público-privada” para que “diligencie no sentido de criar uma Equipa de Projeto (...) com o objetivo de propor uma metodologia de avaliação comparativa das diferentes opções (...), para que o Ministério da Saúde disponha da informação necessária para a tomada de decisão, em tempo útil, sobre a opção que melhor defende os interesses do Estado, permitindo assegurar um processo transparente e homogêneo em todas as PPP do sector da saúde” (cfr. ponto 11 da Nota Interna do MS).

3. O pedido efetuado incide sobre a referida Nota Interna do MS, através da qual o Ministério da Saúde alerta para a necessária tomada de decisão sobre os contratos celebrados com as entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares, cuja vigência irá chegar ao fim a partir do ano de 2018.

#### B. ANÁLISE

4. Importa começar por referir que, de uma forma geral, concordamos com o teor da Nota Interna do MS, não podendo deixar de destacar a sua relevância e urgência, como aliás decorre da Nota elaborada pela UTAP, que damos aqui por reproduzida (cfr. Nota UTAP, junta em anexo).
5. No entanto, gostaríamos de destacar alguns pontos que, em nossa opinião, necessitam de clarificação e de maior desenvolvimento no seio dos trabalhos futuros que incidirão sobre esta matéria.

##### B.1. Dos prazos de vigência dos contratos

6. Antes de mais, cumpre referir que as datas de término dos contratos de gestão em regime de PPP do setor da saúde, conforme indicadas na Nota Interna do MS<sup>1</sup>, necessitam, do nosso ponto de vista, de ser reconfirmadas.

<sup>1</sup> “(...) 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” (cfr. nota de rodapé 1 da página 1 da Nota Interna).

*André*

7. Na verdade, e conforme resulta da Nota UTAP, em anexo (*gr.* ponto A.), o prazo de dez anos destes contratos, no que diz respeito às entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares ("EGEST"), deve ser contado desde a data de transmissão do estabelecimento hospitalar (à exceção do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, conforme se descreve no mencionado ponto A. da Nota UTAP)<sup>2</sup>.
8. Deve entender-se, em nossa opinião, que os contratos de gestão, em regime de PPP do setor da saúde, terminam a sua vigência nas datas abaixo indicadas<sup>3</sup>:

<sup>2</sup> Ora, ao contrário do que sucede com a data de início de produção de efeitos do contrato – relevante para contagem do prazo de trinta anos, relativamente às entidades gestoras dos edifícios hospitalares ("EGED") –, a qual corresponde à data de assinatura dos contratos (exceto no Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira), na verdade a transmissão do estabelecimento hospitalar "ocorre no primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto do Tribunal de Contas, exceto se a notificação da concessão do Visto à Entidade Gestora do Estabelecimento ocorrer após o dia 20 (ou 15, no caso do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira) do mês em que o Visto é concedido, caso em que a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar ocorre no primeiro dia do segundo mês seguinte ao da notificação" (*gr.* alínea *a*) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; alínea *a*) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 142.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; e alínea *a*) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.ºs 1 e 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira). Como tal, os dez anos de vigência do contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, devem contar-se não desde a data de produção de efeitos do contrato (como, aparentemente, terá sido o entendimento subjacente à Nota Interna do MS), mas desde o primeiro dia do mês seguinte ao da concessão de visto pelo Tribunal de Contas ou desde o primeiro dia do segundo mês seguinte ao da sua notificação, caso esta ocorra, respetivamente, antes ou depois do dia 15 ou 20 (consoante o caso) do mês em que o visto foi concedido.

Por sua vez, no que diz respeito ao Contrato de Gestão do Hospital de Loures, o prazo de dez anos de vigência referente à gestão do estabelecimento hospitalar deve contar-se "da data de Entrada em Funcionamento do Estabelecimento Hospitalar", a qual, nos termos em que constam do contrato, corresponde ao "momento em que é aberto ao público o primeiro serviço médico do Estabelecimento Hospitalar".

<sup>3</sup> Note-se que, uma vez que a UTAP não dispõe da informação relativa às datas concretas das notificações às entidades gestoras das concessões dos vistos pelo Tribunal de Contas, ou mesmo do momento em que foi aberto ao público o primeiro serviço médico do estabelecimento hospitalar do Hospital de Loures, assumiu-se, para estes efeitos, as datas referidas pela ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde em <http://www.acss.min-saude.pt/Departamentos/Unidades/DepartamentoGestaoRedeServicoRecursosemSaude/GestaoDoPogramadeParceias/Apresentacao/tabid/506/language/pt-PT/Default.aspx>.

Esta informação deve, no entanto, ser revalidada no contexto dos trabalhos futuros a desenvolver sobre esta matéria.

CONTRATO	DATA DA CADUCIDADE
HOSPITAL DE CASCAIS - EGEST	31.12.2018
HOSPITAL DE BRAGA - EGEST	31.08.2019
HOSPITAL DE LOURES - EGEST	dezembro 2021/janeiro de 2022
HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA - EGEST	31.05.2021

9. Dada a divergência face às datas indicadas na Nota Interna do MS, esta informação deve ser revalidada no contexto dos trabalhos futuros a desenvolver sobre esta matéria, pressupondo a adoção de uma posição unívoca do parceiro público em relação aos mesmos.

#### B.2. DO PROCESSO DE DECISÃO

10. No que diz respeito ao processo de decisão do Estado relativamente à renovação ou não renovação dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares em causa, cumpre alertar igualmente para outras duas questões analisadas na Nota Interna do MS.

Em primeiro lugar, refere-se no aludido documento que “o processo de decisão deverá ser homogêneo 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”.

Por outro lado, propõe-se na Nota Interna do MS que se solicite “à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) para que (...) 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 objetivo 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 de decisão, em tempo útil,

*Duty*

sobre a opção que melhor defende os interesses do Estado, permitindo assegurar um processo transparente e homogêneo em todas as PPP do sector da saúde”.

11. Ora, do nosso ponto de vista, a decisão que venha a ser tomada sobre a solução a adotar em relação a um determinado contrato, no que diz respeito à gestão do respetivo estabelecimento hospitalar, não tem de ser idêntica à de todos os outros contratos de gestão em regime PPP do setor da saúde.

Na verdade, consideramos que se devem estabelecer critérios comuns aplicáveis a todos os contratos em causa, para que a decisão do Estado possa tratar de forma igualitária as parcerias em causa e possa adotar procedimentos e requisitos comuns — como, por exemplo, (i) ser o resultado das avaliações de desempenho realizadas ao abrigo de cada contrato de gestão qualificado, em todos os anos, com uma nota específica (e.g. BOM), (ii) ser confirmado, no caso concreto, que a EPC não pretende, por razões de interesse público, introduzir modificações na atividade objeto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do contrato de gestão e (iii) ser validado que a renovação não colide com qualquer um dos princípios e regras do regime de parcerias especialmente aplicável à parceria em causa<sup>4</sup>.

Acontece, contudo, que tal decisão deve ser tomada caso a caso, atendendo às circunstâncias e peculiaridades de cada contrato, nomeadamente considerando os pressupostos e características de cada projeto, o histórico da respetiva execução e performance do parceiro privado, nas suas diversas vertentes, nomeadamente, através de uma ponderação geral e abrangente de todas as componentes de gestão do estabelecimento em causa, bem como a um nível técnico, financeiro e jurídico.

Note-se, por outro lado, que, mesmo do ponto de vista temporal, as decisões sobre cada contrato de gestão em causa devem ser tomadas em diferentes períodos. A título exemplificativo: o contrato relativo à gestão do estabelecimento do Hospital de Cascais caducará a 31 de dezembro de 2018 e, como tal, a decisão sobre uma eventual renovação (admitida neste e em todos os contratos aqui em apreço) terá de

<sup>4</sup> É o caso do que se encontra disposto expressamente como requisitos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures (cf. Cláusula 38<sup>a</sup> do contrato) e que, em nossa opinião, podem ser estendidos aos demais casos e trabalhados no contexto da análise que se pretenderá efetuar em relação ao futuro destes contratos aqui em análise.

ser tomada até ao final de 2016<sup>5</sup>, enquanto que a decisão referente ao Hospital de Vila Franca de Xira, só necessita de ser tomada até ao dia 31 de maio de 2019 (cf. Nota UTAP, em anexo).

Com efeito, durante este lapso temporal, de cerca de dois anos e meio, as circunstâncias podem ser distintas e a decisão que poderá ser a mais aconselhada para um determinado contrato e em 2016, pode não o ser para outro contrato e em 2019 e, no exemplo dado, a solução a adotar no caso do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais pode não ser necessariamente a mesma que se impõe no Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira.

Mais se refira que, para além dos timings serem distintos, a verdade é que os pressupostos também o são. Com efeito, por exemplo, no Contrato de Gestão do Hospital de Lourdes impõe-se, para a renovação do contrato relativo à gestão do estabelecimento, a verificação de determinados pressupostos (cf. alíneas a), b) e c) n.º 2 da Cláusula 38.ª) que não são exigidos para a renovação dos contratos relativos aos restantes estabelecimentos hospitalares.

12. Para além do exposto, tal como destacado na Nota UTAP (cf. ponto B.), o processo de decisão pressupõe necessariamente um trabalho prévio que permita a adequada fundamentação da decisão a tomar, que contemplará, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção em causa (por exemplo, a vantagem da renovação contratual, secundarizando, assim, a abertura de um novo procedimento, ou o contrário), e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.

Uma vez que se trata de uma decisão com relevantes implicações económico-financeiras e jurídicas e com impacto nas contas públicas, consideramos que a mesma, por analogia com o que aconteceu no procedimento decisório que esteve na base da celebração dos contratos de gestão originais e com o que surge ora previsto

<sup>5</sup> Uma vez que a Entidade Pública Contratante deve manifestar a vontade de renovar o contrato até dois anos antes do final do seu prazo.

<sup>6</sup> Exige-se que (i) "o resultado das avaliações de desempenho ao abrigo da Cláusula 74.ª do Contrato" seja "qualificado, em todos os anos, no mínimo, como BOM"; (ii) "a Entidade Pública Contratante não pretenda, por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto do parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato" e (iii) "A renovação do Contrato não colida com qualquer dos princípios do regime de parcerias (...).



no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio ("DL 111/2012") em relação aos processos de estudo e lançamento de novos projeto em modelo de PPP, deverá ser preparada com a participação de entidades do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, e a respetiva decisão final tomada em conjunto pelos respetivos membros responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças.

13. Qualquer cenário de renovação ou de não renovação deve, ainda, observar os termos e os limites previstos tanto no respetivo contrato, como na legislação especialmente aplicável, incluindo as disposições e princípios previstos no enquadramento jurídico aplicável às PPP, nos termos do DL 111/2012.

#### C. CENÁRIOS POSSÍVEIS

14. Com o propósito identificado nos parágrafos anteriores, apresenta-se na Nota UTAP uma proposta de elenco das possíveis soluções a adotar relativamente ao futuro de cada um dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares (serviços clínicos) em apreço, bem como a descrição das soluções ao dispor e os respetivos procedimentos a observar em cada uma delas (cf. pontos B.1 e B.2), que se dão aqui por integralmente reproduzidos.

D. CONCLUSÕES E AÇÕES SEQUINTE

15. Concordamos, de uma forma geral, com o teor da Nota Interna do MS, gostaríamos de alertar, contudo, para os seguintes pontos:

- (i) As datas relativas à caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares constantes da Nota Interna do MS necessitam de ser reconfirmadas (*gr.* pontos 6 a 9 *supra*); e
- (ii) Não obstante defendermos que se devem estabelecer critérios comuns aplicáveis a todos os contratos em causa, para que a decisão do Estado possa tratar de forma igualitária as parcerias em causa e possam adotar-se procedimentos e requisitos comuns, a decisão relativamente ao futuro destes contratos não deve, em nossa opinião, ser necessariamente homogênea, uma vez que se deverá atender às circunstâncias de cada contrato, 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.

16. A decisão a tomar relativamente ao futuro de cada contrato de gestão dos estabelecimentos hospitalares (serviços clínicos), na eminência da caducidade dos mesmos, pressupõe um relevante tempo de maturação, estudo e preparação prévio, o qual se recomenda que seja, em qualquer caso, garantido com adequada antecipação.

Com efeito, analisados os cenários que são possíveis equacionar nesse trabalho prévio que terá de ser desenvolvido (*gr.* ponto 14 *supra*), existem, em suma, as seguintes hipóteses:

- a) Renovação do contrato com a mesma EGEST (cuja decisão tem de ser tomada, por força do disposto em cada contrato, até dois anos antes da sua caducidade, conforme acima explicitado);
- b) Não renovação do contrato,

- (i) Adjudicando um novo contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, em regime de PPP, a uma entidade privada (o que pressupõe o lançamento de um processo de estudo e preparação da parceria, respetiva aprovação e que inclui um concurso público, posterior adjudicação e assinatura do novo contrato); ou
- (ii) Adotando um outro modelo de contratação (como, por exemplo, a contratação da prestação dos serviços em causa pela via tradicional); ou
- (iii) Promovendo a internalização pelo Estado dos serviços clínicos levado a cabo nos estabelecimentos hospitalares em análise;

Em qualquer um desses casos, considera-se que 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, inclusive, *por um lado*, a fundamentação que necessariamente terá de produzir-se em cada cenário, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, bem como do interesse público (*cf.* pontos 10 a 12 *supra*), e, *por outro lado*, os procedimentos legais e contratuais subjacentes a cada uma delas (*cf.* ponto 13 *supra*).

17. Acrescente-se, ainda, que a experiência – sobretudo nos mais recentes projetos do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul<sup>7</sup> e do Hospital de Lisboa Oriental<sup>8</sup>, cujos procedimentos se encontram presentemente em curso – mostra que os processos subjacentes a análise deste tipo se revelam, na prática, mais longos e complexos do que o originalmente expectável.

Como tal, recomenda-se que seja evitado que uma preocupação com a celeridade do processo – que inevitavelmente surgirá caso não se proceda a uma análise prévia, devidamente atempada e se coloque o estudo e análise que tem de se promover antecipadamente muito próximo do prazo de caducidade ou, no caso de renovação do contrato, da decisão a tomar – condicione a ponderação e avaliação

<sup>7</sup> *Cfr.* Despacho n.º 9794/2013, de 21 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 142, de 25 de junho de 2013

<sup>8</sup> *Cfr.* Despacho n.º 1317-A/2014, de 24 de janeiro, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 18, de 27 de janeiro de 2014.



necessárias dos pressupostos e características dos projetos, nas suas diversas vertentes técnica, financeira e jurídica.

18. Sem prejuízo da mesma premência se dever aplicar nas restantes parcerias do setor da saúde pelas razões que acabamos de expor, destaque-se, pela prioridade que o mesmo deve observar, que, no que diz respeito ao Hospital de Cascais, se nesse sentido for a decisão do Estado, a manifestação de vontade de renovar o contrato, através de notificação à EGEST, deverá ser feita até ao dia 31 de dezembro de 2016.

Com efeito, caso se pretenda analisar esta possibilidade, em face de outras, as suas vantagens e desvantagens e qual será a melhor opção para o Estado e para os utentes, para efeitos da obtenção de ganhos de eficiência e do bom andamento dos trabalhos futuros, deverá dar-se início à sua análise com urgência.

19. Por fim, recomendamos que seja dado conhecimento do teor da presente Informação, bem como da Nota UTAP, em anexo, a S. Exa. o Senhor Secretário de Estado das Finanças, a S. Exa. o Senhor Ministro da Saúde e a S. Exa. o Senhor Secretário de Estado da Saúde, para os devidos efeitos.

À consideração superior.



Mariana Bettencourt

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

## NOTA RELATIVA À CADUCIDADE DOS CONTRATOS DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA DO SETOR DA SAÚDE

### A. INTRODUÇÃO E ANÁLISE

1. O modelo dos contratos de gestão, em parceria público-privada ("PPP"), do setor da saúde (relativos ao Hospital de Cascais, ao Hospital de Braga, ao Hospital de Loures e ao Hospital de Vila Franca de Xira) assenta numa gestão partilhada, em que os contratos são executados por duas entidades distintas: (i) a Entidade Gestora do Edifício ("EGED"), que assegura a gestão do edifício hospitalar, a qual compreende as atividades de conceção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção; e (ii) a Entidade Gestora do Estabelecimento ("EGEST"), através da qual se opera a prestação de serviços clínicos.

Relativamente às EGEST, os preditos contratos têm uma duração de dez anos, a contar da data da transmissão do estabelecimento hospitalar, a qual *"ocorre no primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto do Tribunal de Contas, exceto se a notificação da concessão do Visto à Entidade Gestora do Estabelecimento ocorrer após o dia 20 (ou dia 15, nos termos do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira) do mês em que o Visto é concedido, caso em que a Transmissão do Estabelecimento Hospitalar ocorre no primeiro dia do segundo mês seguinte ao da notificação"* (cfr. alínea a) do n.º 1 do Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; alínea a) do n.º 1 do Cláusula 8.ª e n.º 2 da Cláusula 142.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; e alínea a) do n.º 1 do Cláusula 8.ª e n.ºs 1 e 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira).

Note-se que, no caso do Hospital de Loures, o prazo de dez anos conta-se desde a data de entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar, a qual ocorre no *"momento em que é aberto ao público o primeiro serviço médico do Estabelecimento Hospitalar"* (cfr. n.º 1 da Cláusula 38.ª e n.º 1 da Cláusula 1.ª do Contrato de Gestão do Hospital Loures).

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

2. Por sua vez, no que diz respeito às EGED, os contratos têm um prazo de trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do respetivo contrato, a qual corresponde à data de assinatura dos contratos, conforme resulta da tabela que, de seguida, se analisará (*cf.* alínea *b*) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 1 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; alínea *b*) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 1 da Cláusula 142.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; e Cláusula 80.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures).

Destaque-se, no entanto, que, no que diz respeito ao Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, a data de produção de efeitos corresponde “à data da transmissão do estabelecimento hospitalar”, ou seja, o Contrato produz efeitos “a partir do primeiro dia do mês seguinte ao da concessão do visto do Tribunal de Contas, excepto 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” (*cf.* n.ºs 1 e 2 da Cláusula 140.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira).

3. Note-se que, uma vez que a UTAP não dispõe da informação relativa às datas concretas das notificações das concessões dos vistos pelo Tribunal de Contas às entidades gestoras, ou mesmo do momento em que foi aberto ao público o primeiro serviço médico do estabelecimento hospitalar do Hospital de Loures, assume-se, para estes efeitos, as datas referidas pela ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde<sup>1 2</sup>.

Vejamos, então, em maior detalhe.

---

<sup>1</sup> *Cfr.* <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentosUnidades/DepartamentoGestaoRedeServicoRecursosemSaude/GestaoProgramadeParcerias/Apresentacao/tabid/506/language/pt-PT/Default.aspx>.

<sup>2</sup> Sugere-se, ainda, que este exercício seja reconfirmado no seio dos trabalhos que venham a ser desenvolvidos pelas entidades competentes designadas para o efeito de estudo e fundamentação dos cenários de renovação ou não dos contratos de gestão em vigor.

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

CONTRATO	VIGÊNCIA	DATA DE CEBILERAÇÃO 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 <sup>3</sup>
Hospital de Cascais - 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 à EGEST, consoante esta ocorra, respetivamente, antes ou depois do dia 20 do mês em que o visto foi concedido (cf: alínea a) do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 2 da cláusula 140.ª).	22.02.2008 (reformado em 08.10.2008)	22.02.2008	04.11.2008	01.01.2009 (ACSS refere esta como a data em que a EGEST assegurou a gestão do Hospital).	31.12.2018
Hospital de Cascais - EGEST	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura (cf: alínea b) do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 1 da cláusula 140.ª).	22.02.2008 (reformado em 08.10.2008)	22.02.2008	04.11.2008	01.01.2009 (ACSS refere esta como a data em que a EGEST assegurou a gestão do Hospital).	21.02.2038
Hospital de Braga - 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 à EGEST, consoante esta ocorra, respetivamente, antes ou depois do dia 20 do mês em que o visto foi concedido (cf: alínea a) do n.º 1 da cláusula 8.ª e n.º 2 da cláusula 142.ª).	09.02.2009	09.02.2009	15.07.2009	01.09.2009 (ACSS refere esta como a data em que a EGEST assegurou a gestão do Hospital).	31.08.2019

<sup>3</sup> Estas datas são consideradas, nesta fase preliminar, por cautela, até de acordo com o entendimento do Tribunal de Contas, vertido no Acórdão n.º 29/17.NOV.2013/15/SS, Processo n.º 1469/2013, de 18 de novembro de 2013. Não obstante, por via interpretativa e ao abrigo dos artigos 279.º do Código Civil e do artigo 471.º do Código dos Contratos Públicos, pode ser defendido que a data correta da caducidade seja a data correspondente ao dia em que o prazo se inicia.

# UTAP

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Hospital de Braga - EGIED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura (cf: alínea b) do n.º 1 da Cláusula 8.ª e n.º 1 da cláusula 142.ª)	09.02.2009	09.02.2009	15.07.2009	01.09.2009 (ACSS refere esta como a data em que a EGEST assegurou a gestão do Hospital).	08.02.2039
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 (cf: n.º 1 da Cláusula 38.ª e n.º 1 da Cláusula 1.ª).	31.12.2009	31.12.2009	15.06.2010	Janeiro de 2012 (a ACSS previu que o primeiro serviço do novo Hospital entrasse em serviço em janeiro de 2012 -- esta informação carece de confirmação)	Entre final de dezembro de 2021 e janeiro de 2022 (esta informação carece de confirmação)
Hospital de Loures - EGIED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura (cf: Cláusula 80.ª e n.º 1 da Cláusula 130.ª)	31.12.2009	31.12.2009	15.06.2010	Janeiro de 2012 (a ACSS previu que o primeiro serviço do novo Hospital entrasse em serviço em janeiro de 2012 -- esta informação carece de confirmação)	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 ocorre, respetivamente, antes ou depois do dia 15 do mês em que o visto foi concedido (cf: alínea e) 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 (ACSS refere esta como a data em que a EGEST assegurou a gestão do Hospital).	31.05.2021
Hospital de Vila Franca de Xira - EGIED	Trinta anos, a contar da data de produção de efeitos do Contrato, que corresponde à data da sua assinatura (cf: 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 (ACSS refere esta como a data em que a EGEST assegurou a gestão do Hospital).	31.05.2041

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

4. Resulta, assim, do clausulado dos contratos acima mencionados que, no que diz respeito ao estabelecimento hospitalar, os contratos começarão a atingir o seu termo a partir do ano de 2018, assumindo especial destaque o caso do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, que, relativamente à gestão do estabelecimento, caducará a 31 de dezembro de 2018.

Importa, pois, descrever quais os cenários e procedimentos que deverão ser cuidadosamente estudados e observados, antecipadamente, perante a eminência de caducidade dos mencionados contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares.

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

## B. DO PROCESSO DE DECISÃO

5. *Antes de mais, importa começar por referir que, qualquer que seja a decisão a tomar, a mesma exigirá uma adequada fundamentação, que contemplará, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção em causa (por exemplo, a vantagem da renovação contratual, secundarizando, assim, a abertura de um novo procedimento, ou o contrário), e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.*
6. Uma vez que se trata de uma decisão com relevantes implicações económico-financeiras e jurídicas e com impacto nas contas públicas, consideramos que a mesma, por analogia com o que aconteceu no procedimento decisório que esteve na base da celebração dos contratos de gestão originais e com o que surge ora previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio ("DL 111/2012") em relação aos processos de estudo e lançamento de novos projetos em modelo de PPP, deverá ser preparada com a participação de entidades do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, e a respetiva decisão final tomada em conjunto pelos respetivos membros responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças.
7. Ademais, devem, em conjunto, observar-se os termos e os limites previstos tanto no respetivo contrato, como na legislação especialmente aplicável, incluindo as disposições e princípios previstos no enquadramento jurídico aplicável às PPP, nos termos do DL 111/2012.
8. Do nosso ponto de vista, ainda, a decisão que venha a ser tomada sobre a solução a adotar em relação a um determinado contrato, no que diz respeito à gestão do respetivo estabelecimento hospitalar, não tem de ser idêntica à de todos os outros contratos de gestão em regime PPP do setor da saúde.

Na verdade, consideramos que se devem estabelecer critérios comuns aplicáveis a todos os contratos em causa, para que a decisão do Estado possa tratar de forma igualitária as parcerias em causa e possa adotar procedimentos e requisitos comuns – como, por exemplo, (i) ser o resultado das avaliações de desempenho realizadas ao abrigo de cada contrato de gestão qualificado, em todos os anos, com uma nota específica (e.g. BOM), (ii) ser confirmado, no caso concreto, que a EPC não

## UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

pretende, por razões de interesse público, introduzir modificações na atividade objeto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do contrato de gestão e (iii) ser validado que a renovação não colide com qualquer um dos princípios e regras do regime de parcerias especialmente aplicável à parceria em causa<sup>4</sup>.

Acontece, contudo, que tal decisão deve ser tomada caso a caso, atendendo às circunstâncias e peculiaridades de cada contrato, nomeadamente considerando os pressupostos e características de cada projeto, o histórico da respetiva execução e performance do parceiro privado, nas suas diversas vertentes, nomeadamente, através de uma ponderação geral e abrangente de todas as componentes de gestão do estabelecimento em causa, bem como a um nível técnico, financeiro e jurídico<sup>5</sup>.

9. Nesse contexto, são os seguintes os cenários que, na nossa ótica, podem ser equacionados:

<sup>4</sup> É o caso do que se encontra disposto expressamente como requisitos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures (gr. Cláusula 38ª do contrato) e que, em nossa opinião, podem ser estendidos aos demais casos e trabalhados no contexto da análise que se pretenderá efetuar em relação ao futuro dos contratos aqui em apreço.

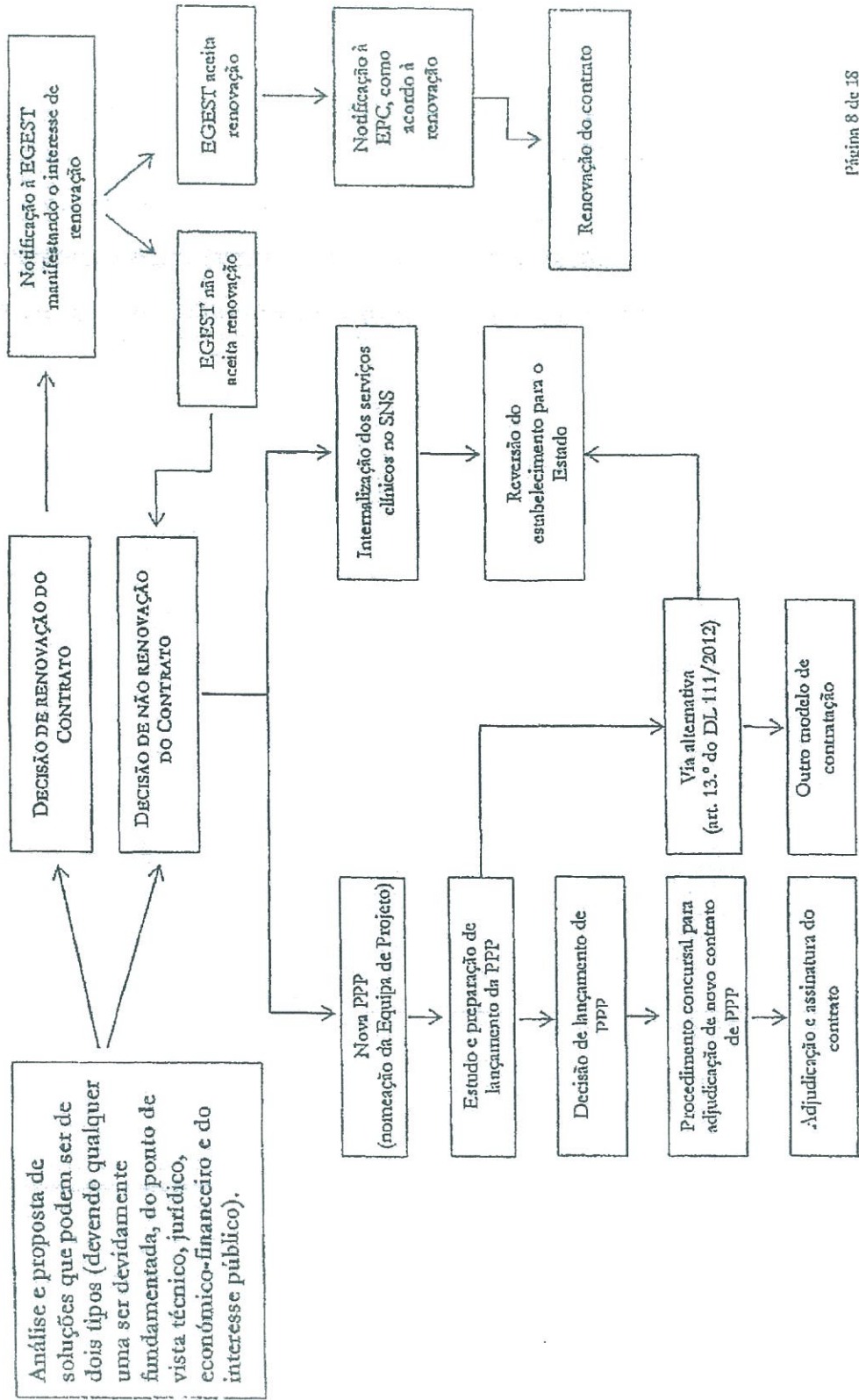
<sup>5</sup> Note-se, por outro lado, que, mesmo do ponto de vista temporal, as decisões sobre cada contrato de gestão em causa devem ser tomadas em diferentes períodos. A título exemplificativo: o contrato relativo à gestão do estabelecimento do Hospital de Cascais caducará a 31 de dezembro de 2018 e, como tal, a decisão sobre uma eventual renovação (admitida neste e em todos os contratos aqui em apreço) terá de ser tomada até ao final de 2016, enquanto que a decisão referente ao Hospital de Vila Franca de Xira, só necessita de ser tomada até ao dia 31 de maio de 2019 (gr. Nota UTAP, em anexo). Com efeito, durante este lapso temporal, de cerca de dois anos e meio, as circunstâncias podem ser distintas e a decisão que poderá ser a mais aconselhada para um determinado contrato e em 2016, pode não o ser para outro contrato e em 2019 e; no exemplo dado, a solução a adotar no caso do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais pode não ser necessariamente a mesma que se impõe no Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira. Mais se refira que, para além dos *timing*s serem distintos, a verdade é que os pressupostos também o são. Com efeito, por exemplo, no Contrato de Gestão do Hospital de Loures impõe-se, para a renovação do contrato relativo à gestão do estabelecimento, a verificação de determinados pressupostos (cfr. alíneas a), b) e c) n.º 2 da Cláusula 38.ª) que não são exigidos para a renovação dos contratos relativos aos restantes estabelecimentos hospitalares.



# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

CENÁRIOS RELATIVOS AO FUTURO DOS CONTRATOS DE GESTÃO DO ESTABELECIMENTO DE PPP DO SETOR DA SAÚDE



## UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

10. Em termos sintéticos, numa primeira fase da análise a desenvolver deverá, desde logo, decidir-se se:

- a) Se pretende promover a renovação do contrato de gestão; ou
- b) Não se promoverá a renovação do contrato de gestão do estabelecimento.

Vejamus cada uma das hipóteses, e respetivas sub-hipóteses, em concreto.

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

## B.1. RENOVAÇÃO DO CONTRATO

11. Com efeito, todos os contratos preveem a possibilidade da sua renovação<sup>6</sup>, no que diz respeito à gestão do estabelecimento hospitalar, por períodos sucessivos, não superiores a dez anos, num total que não pode exceder o termo do prazo previsto para a respetiva EGED, ou seja, poderão ser renovados por um máximo de vinte anos (*gr. n.ºs 2 e 3 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; n.ºs 2 e 3 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; n.ºs 2 e 4 da Cláusula 38.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures<sup>7</sup>; e n.ºs 2 e 3 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira*).
12. Caso venha a ser este o sentido da decisão decorrente do estudo e análise que tem de se promover nesta fase, a Entidade Pública Contratante (“EPC”) deve manifestar a sua vontade de renovar o contrato de gestão, através de notificação à EGEST, até dois anos antes do final do prazo do contrato ou da respetiva renovação (*gr. n.º 4 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais; n.º 4 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Braga; n.º 5 da Cláusula 38.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures; e n.º 4 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira*).

Face ao exposto e conforme resulta do teor dos contratos aqui em análise, a EPC deverá notificar a EGEST da sua intenção de renovar o respetivo contrato, nos prazos máximos abaixo indicados:

<sup>6</sup> De acordo com o entendimento do Tribunal de Contas, a “renovação contratual equivale à reconstituição, no termo do prazo e em iguais moldes ou próximos, do complexo originalmente inscrito no contrato inicial”, acrescentando ainda que a renovação correspondente à “outorga de um novo título jurídico ao mesmo sujeito, com o mesmo objeto, e, em princípio, com as mesmas condições do título anterior ou semelhantes” e “equivale à reconstituição, no termo do prazo e em iguais moldes ou próximos, do complexo obrigacional inscrita no contrato inicial”, concluindo, a esse respeito, que “no âmbito da renovação surge uma nova relação contratual [com clausulado eventualmente diverso do inscrito no contrato original]” (*gr. Acórdão n.º 5/2012 - 17/12/2012 - 1.ª secção/ss, processo n.º 1855/2011*).

<sup>7</sup> No Contrato de Gestão do Hospital de Loures exige-se ainda que (i) “o resultado das avaliações de desempenho ao abrigo da Cláusula 74.ª do Contrato” seja “qualificado, em todos os anos, no mínimo, como BOM”, (ii) “a Entidade Pública Contratante não pretenda, por razões de interesse público, introduzir modificações na atividade objeto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato” e (iii) “A renovação do Contrato não colida com qualquer dos princípios do regime de parcerias (...)”.

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

CONTRATO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO
HOSPITAL DE CASCAIS - EGEST	A EPC deve manifestar a vontade de renovar o Contrato até ao dia 31.12.2016.
HOSPITAL DE BRAGA - EGEST	A EPC deve manifestar a vontade de renovar o Contrato até ao dia 31.08.2017.
HOSPITAL DE LOURES - EGEST	A EPC deve manifestar a vontade de renovar o Contrato até ao final de dezembro 2019/janeiro de 2020).
HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA - EGEST	A EPC deve manifestar a vontade de renovar o Contrato até ao dia 31.05.2019.

13. Note-se que não é evidente que, caso se opte pela renovação do prazo de execução do contrato, seja necessária a intervenção de uma comissão de negociação, cuja constituição vem prevista no artigo 21.º, no n.º 1 do artigo 22.º e no artigo 10.º, todos do DL 111/2012.

Com efeito, um tal cenário não parece subsumível a nenhuma das situações previstas no n.º 1 do artigo 21.º do DL 111/2012, o qual determina a constituição de uma comissão de negociação *“quando se verificarem ou sejam invocados factos suscetíveis de fundamentar uma partilha de benefícios ou a sua integral atribuição ao parceiro público, a reposição do equilíbrio financeiro ou a renegociação do contrato”*.

Na verdade, afigura-se que a renovação dos contratos de gestão em apreço, regulada em todos os respetivos clausulados, se trata, em maior medida, de um aspeto da sua execução, que poderá ocorrer sem a necessidade da constituição e intervenção de uma comissão de negociação.

De todo o modo, consideramos que esta decisão deverá ser devidamente ponderada no seio dos trabalhos ulteriores a desenvolver nesta matéria e tomada pelos membros do Governo com responsabilidade nas áreas da saúde e das finanças.

14. Cumpre, ainda, alertar, a este propósito, para os riscos e os limites que são necessários verificar em concreto no procedimento de renovação de cada contrato de gestão. Com efeito, devem os mesmos assegurar o cumprimento escrupuloso dos

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

requisitos previstos na lei e no contrato, para cada uma dessas vicissitudes contratuais<sup>8</sup>.

15. 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, conforme acima referido.

Ora, é com este contexto que surge a necessidade de subdividir o cenário que estamos a analisar em duas sub-hipóteses, a saber:

- a) Caso ocorra o acordo da EGEST – cenário em que se dá por preenchido o requisito mínimo contratual para o efeito, operando-se a renovação caso se encontrem verificados os demais requisitos legais e contratuais referidos no parágrafo anterior (*gr. ponto 13*).
- b) Caso a EGEST não dê o seu acordo – cenário em que caberá à EPC promover os procedimentos necessários. ~~para pôr em prática os restantes enquadramentos,~~ agora já de não renovação do contrato (que, de seguida, se expõem em maior detalhe).

<sup>8</sup> Recorde-se o procedimento relativo ao Contrato de Gestão do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Centro do Sul, nomeadamente, no que diz respeito ao entendimento do Tribunal de Contas, vertido no Acórdão n.º 29/17.NOV.2013/1ªS/SS, Processo n.º 1469/2013, de 18 de novembro de 2013. Apesar de as condicionantes e disposições aplicáveis serem distintas (note-se que o referido Contrato de Gestão não previa expressamente a possibilidade de renovar ou a extensão do prazo do contrato original), a verdade é que se trata de uma matéria controversa em relação à qual os riscos devem ser devidamente identificados e a fundamentação da solução e dos termos da renovação deve ser cuidadosamente sustentada.

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

## B.2. NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

16. Conforme acima referido, numa primeira fase da análise a desenvolver poderá, desde logo, decidir-se um cenário diferente da renovação do contrato de gestão, caso em que se poderá observar um dos seguintes sub-cenários:
- a) Lançamento de uma nova PPP;
  - b) Recurso a um modelo de contratação alternativo; ou
  - c) Internalização da prestação dos serviços clínicos.

Vejamos em pormenor cada um deles.

### B.2.1. LANÇAMENTO DE UMA NOVA PARCERIA

17. O cenário de não renovação, pode, em termos genéricos, ter subjacente uma decisão de promoção do lançamento e estudo de uma nova PPP, com vista à adjudicação de um novo contrato de gestão do estabelecimento hospitalar a uma entidade privada<sup>9</sup>.

Caso se opte por esta via, tal carece de seguir o regime previsto no DL 111/2012, o que pressuporá a intervenção de uma equipa de projeto, constituída nos termos e para os efeitos dos seus artigos 10.º a 18.º.

Com efeito, em detalhe, para dar início ao estudo e preparação do lançamento de uma parceria, deve ser apresentada ao membro do Governo responsável pela área da saúde, uma proposta devidamente fundamentada, indicando, nomeadamente (i) o objetivo da parceria; (ii) os objetivos que se pretendem alcançar; (iii) a sua fundamentação económica; e (iv) a viabilidade financeira do projeto.

O estudo e preparação do lançamento de uma parceria pressupõem, caso o membro do Governo responsável pela área da saúde decida dar início a tal estudo e preparação, a notificação do membro do Governo responsável pela área das finanças, com vista à constituição de uma equipa de projeto, indicando, desde logo, consoante

<sup>9</sup> Que, de acordo com o que resultar do procedimento concursal que terá de ser acoplado ao lançamento da nova PPP, pode ser adjudicado ao mesmo parceiro privado que já desenvolveu essa gestão nos dez anos anteriores ou a qualquer outro parceiro privado ao qual venha a ser adjudicado esse contrato.

## UTAP

### Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

a complexidade do processo, dois ou três membros efetivos e um ou dois suplentes, respetivamente, para integrar essa equipa (*cf.* n.º 2 do artigo 9.º do DL 111/2012).

Por último, o n.º 3 do artigo 9.º do DL 111/2012 prevê que, cumprido o que ora se descreveu, o membro do Governo responsável pela área das finanças determine à UTAP a constituição da equipa de projeto.

Uma vez constituída a equipa de projeto, a mesma deverá, nos termos do n.º 2 do artigo 12.º do DL 111/2012, designadamente:

- a) Elaborar a justificação do modelo a adotar, no qual tem de comparar as alternativas de lançamento que permitem alcançar o projeto visado, tendo que, para tanto, demonstrar a inexistência de alternativas equiparáveis dotadas de maior eficiência técnica e operacional ou de maior racionalidade económica e financeira;
- b) Elaborar o estudo estratégico e económico-financeiro de suporte ao lançamento do projeto;
- c) Demonstrar a comportabilidade orçamental, entrando, para o efeito, em linha de conta com os encargos brutos gerados;
- d) Propor as soluções e medidas que considere mais consentâneas com a defesa do interesse público; e
- e) Propor e preparar as minutas dos instrumentos jurídicos necessários à realização do procedimento prévio à contratação.

Findos os referidos trabalhos, a equipa de projeto deverá submeter à consideração dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças, um relatório fundamentado com uma proposta de decisão, a qual deverá ser tomada por aqueles no prazo de trinta dias (*cf.* artigo 14.º do DL 111/2012).

18. Consequentemente, deverá ser lançado um novo procedimento concursal, com vista à seleção do parceiro privado, o qual deverá seguir o regime previsto nos artigos 15.º a 17.º do DL 111/2012 e o disposto nos artigos 16.º e seguintes do Código dos Contratos Públicos (*cf.* n.º 1 do artigo 15.º do DL 111/2012).

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

Findo o aludido procedimento, proceder-se-á à adjudicação e, posteriormente à celebração, do novo contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, em regime de PPP, nos termos do disposto no artigo 18.º do DL 111/2012.

A preparação e execução deste procedimento concursal, adjudicação e assinatura do contrato comportam também um relevante consumo de tempo, que deverá ser tido em conta na urgência da visão subjacente a cada procedimento<sup>10</sup>.

## B.2.2. ADOÇÃO DE UM OUTRO MODELO DE PARCERIA

19. No contexto dos trabalhos de justificação do modelo a adotar que devem ser levados a cabo pela equipa de projeto mencionada na secção anterior, pode, contudo, concluir-se que não deverá ser adotado o modelo de PPP, mas um outro modelo (por exemplo, um modelo tradicional de contratação dos serviços em causa ou a internalização dos serviços clínicos pelo Serviço Nacional de Saúde).

Nesse caso, também em relação aos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares sobre que versa a presente Nota, a equipa de projeto nomeada para o estudo, preparação e lançamento da PPP, deve recomendar ao Governo a utilização de um outro modelo de contratação, nos termos e para os efeitos do artigo 13.º do DL 111/2012.

<sup>10</sup> Veja-se, por exemplo, o que sucedeu com o Contrato de Gestão do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Centro ("CMFRS") – O contrato de gestão deste centro caducou no final do ano 2013, pelo que, previamente, decidiu o Governo, ao abrigo do DL 111/2012, promover o início do estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP (gr. Despacho n.º 9794/2013, de 21 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2ª série, N.º 142, de 25 de julho de 2013). No entanto, tal surgiu já muito em cima do prazo de caducidade do contrato em causa. Essa proximidade determinou que, em simultâneo com esse estudo e preparação, se promovessem as diligências necessárias para a manutenção ininterrupta da prestação do serviço clínico do centro e, com esse objetivo, nomeou-se, ao abrigo do mesmo diploma legal, uma comissão de negociação com vista a celebrar uma adenda ao contrato de gestão que permitia a prorrogação do contrato por um período adicional de 14 meses (gr. Despacho n.º 10625-A/2013, de 2 de agosto, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2ª série, N.º 156, de 14 de agosto de 2013). Face à recusa de visto pelo Tribunal de Contas à mencionada adenda ao contrato de gestão original, teve de ser iniciado o complexo processo de reversão da universalidade de bens e direitos que integram o centro para a Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., a qual sucedeu à entidade gestora, no objeto global de exploração, manutenção e conservação do edifício e realização de prestações de saúde de medicina física e de reabilitação no centro. Este processo de reversão foi executado paralelamente à preparação do lançamento do novo processo concursal para a contratação de um novo contrato de gestão em modalidade de PPP.



# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

## B.2.3. INTERNALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS

20. Analisemos, *por fim*, o último sub-cenário que, no contexto das hipóteses de não renovação dos contratos de gestão dos estabelecimentos aqui em causa, se pode equacionar – a internalização da prestação dos serviços clínicos pelo Estado (ou seja, no contexto do Serviço Nacional de Saúde, sem recurso à intervenção de um ente privado).
21. De facto, os cenários vistos até aqui apontam sempre, primordialmente, para a externalização dos serviços clínicos, ou seja, para a sua prestação por uma entidade privada, seja ao abrigo de um contrato de PPP ou ao abrigo de um contrato público de prestação de serviços. No entanto, os trabalhos a desenvolver (mesmo no contexto da equipa de projeto, como vimos na secção B.2.2.), podem vir a recomendar, com base nos juízos técnicos, jurídicos e económico-financeiros, bem como de interesse público, que a gestão do estabelecimento não deva ser assegurada por uma entidade privada, mas pelo próprio Estado, o que implicará, em concreto, a reversão para o Estado do estabelecimento hospitalar em causa (serviços clínicos), passando este - nomeadamente através dos seus meios a disponibilizar no contexto e nos mesmos termos do que se verifica no SNS - a assumir a respetiva responsabilidade pela prestação dos serviços clínicos da PPP em causa (com manutenção do contrato no que diz respeito à Entidade Gestora do Edifício)<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> É, aliás, esta solução - de separação dos serviços clínicos, a prestar pelo Estado, e dos serviços relativos à infraestrutura, a prestar pelo parceiro privado, - que se encontra em estudo e preparação no contexto do projeto do Hospital Lisboa Oriental (gr. Despacho n.º 1317-A/2014, de 24 de janeiro, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2ª série, N.º 18, de 27 de janeiro de 2014) e que se defendeu em relação aos hospitais inseridos na 2ª vaga do programa de parcerias para o setor hospitalar, por oposição aos hospitais da 1ª vaga (onde se incluem os quatro contratos de PPP em análise nesta nota) que abrangem na parceria público-privada tanto os serviços clínicos como os serviços infraestruturais.

# UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

## C. CONCLUSÕES E DESTAQUE PARA A URGÊNCIA NECESSÁRIA NA IDENTIFICAÇÃO DAS MELHORES SOLUÇÕES

22. Chegados até aqui e analisados todos os cenários que se consideram de ponderar na eminência da caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares, impõe-se reiterar que a decisão subjacente a cada um dos contratos e em relação à melhor solução para a gestão dos estabelecimentos hospitalares em causa, dada a respetiva complexidade, pressupõe um relevante tempo de maturação, estudo e preparação prévio, o qual se recomenda que seja, em qualquer caso, garantido.

23. Com efeito, em suma:

- a) Seja para renovar o contrato com a mesma EGEST (cuja decisão tem de ser tomada, por força do disposto em cada contrato, até dois anos antes da sua caducidade, conforme acima explicitado);
- b) Seja para não renovar o contrato,
  - (i) Adjudicando um novo contrato de gestão do estabelecimento hospitalar, em regime de PPP, a uma entidade privada (o que pressupõe o lançamento de um processo de estudo e preparação da parceria, respetiva aprovação e que inclui um concurso público, posterior adjudicação e assinatura do novo contrato); ou
  - (ii) Adotando um outro modelo de contratação (como, por exemplo, a contratação da prestação dos serviços em causa pela via tradicional); ou
  - (iii) Promovendo a internalização pelo Estado do serviço clínico levado a cabo nos estabelecimentos hospitalares em análise;

a verdade é que qualquer uma destas opções 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, inclusive, por um lado, a fundamentação que necessariamente terá de produzir-se em cada cenário, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, e, por outro lado, os procedimentos legais e contratuais subjacentes a cada uma delas.

## UTAP

Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

À este respeito, acrescenta-se que a experiência -- sobretudo nos mais recentes projetos do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul<sup>12</sup> e do Hospital de Lisboa Oriental<sup>13</sup> -- mostra que os procedimentos se revelam, na prática, mais longos e complexos do que o originalmente esperado.

Como tal, recomenda-se que seja evitado que uma preocupação com a celeridade do processo -- que inevitavelmente surgirá caso não se proceda a uma análise prévia, devidamente atempada e se coloque o estudo e análise que tem de se promover antecipadamente muito próximo do prazo de caducidade ou, no caso de renovação do contrato, da decisão a tomar -- condicione a ponderação e avaliação necessárias dos pressupostos e características dos projetos, nas suas diversas vertentes técnica, financeira e jurídica.

24. Sem prejuízo da mesma premência se poder aplicar nas restantes parcerias do setor da saúde pelas razões que acabamos de expor, destaque-se, finalmente, pela prioridade que o mesmo deve observar, que, no que diz respeito ao Hospital de Cascais, a manifestação de vontade de renovar o contrato, através de notificação à EGEST, deverá ser feita até ao dia 31 de dezembro de 2016. Com efeito, caso se pretenda analisar esta possibilidade, em face de outras, as suas vantagens e desvantagens e qual será a melhor opção para o Estado e para os utentes, para efeitos da obtenção de ganhos de eficiência e do bom andamento dos trabalhos futuros, deverá dar-se início à sua análise com urgência.

<sup>12</sup> Cfr. Despacho n.º 9794/2013, de 21 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 142, de 25 de julho de 2013.

<sup>13</sup> Cfr. Despacho n.º 1317-A/2014, de 24 de janeiro, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 18, de 27 de janeiro de 2014.



## **Anexo 5**



S/referência:

N/referência: 13391/2015/DPS/ACSS

Exmo. Senhor  
Dr. Jorge Poole da Costa  
Chefe do Gabinete de Sua Exa. O Senhor  
Secretário de Estado da Saúde  
Av. João Crisóstomo, 9  
1049-062 Lisboa

---

**Assunto: Término dos contratos de Parceria Público-Privada na componente de prestação de serviços clínicos.**

Na sequência do Despacho de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 4 de novembro de 2015, remetido a esta Administração Central através do ofício n.º 11841, de 5 de novembro de 2015, do seu Gabinete, consideramos importante salientar os seguintes aspetos sobre o término dos Contratos de Gestão em regime de Parceria Público-Privada ["PPP"] na componente contratual relativa à prestação dos cuidados de saúde:

**A. ENQUADRAMENTO CONTRATUAL DE CADA UMA DAS PPP**

1. Nos termos dos Contratos de Gestão dos hospitais de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira (hospitais de substituição de antigos edifícios hospitalares), o prazo de duração do contrato na vertente relativa aos serviços clínicos é de 10 anos contados da data de transmissão do estabelecimento hospitalar, ou seja, na data de início das operações no antigo edifício hospitalar (período de transição coincidente com a construção do novo edifício hospitalar).
2. Em relação ao Contrato de Gestão do Hospital de Loures (hospital novo), o prazo de duração do contrato na vertente relativa aos serviços clínicos é igualmente de 10 anos contados da data de entrada em funcionamento do estabelecimento hospitalar.
3. Considerando o enquadramento contratual descrito nos pontos 1 e 2 anteriores, apresentam-se na tabela seguinte as datas de término do prazo de duração de cada um dos Contratos de Gestão PPP na vertente clínica:

Contratos de Gestão PPP	Data de Início	Data de Término
Hospital de Cascais	01-01-2009	31-12-2018
Hospital de Braga	01-09-2009	31-08-2019
Hospital de Vila Franca de Xira	01-06-2011	31-05-2021
Hospital de Loures	19-01-2012	18-01-2022

4. Não obstante o prazo de duração de 10 anos previsto em cada um dos Contratos de Gestão PPP, estes prevêem a possibilidade de renovação nos termos descritos nos pontos 5 a 7 seguintes.
5. No caso dos Contratos de Gestão dos hospitais de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, o contrato relativamente à Entidade Gestora do Estabelecimento [“EGEST”] responsável pela prestação dos serviços clínicos pode ser renovado por sucessivos períodos não superiores a 10 anos cada, sendo que a soma do prazo inicial com os das respetivas renovações não pode exceder a duração prevista para o contrato na parte respeitante à Entidade Gestora do Edifício [“EGED”] responsável pela prestação dos serviços infraestruturais, ou seja, 30 anos.
6. Relativamente ao Contrato de Gestão do Hospital de Loures, o contrato relativamente à Entidade Gestora do Estabelecimento responsável pela prestação dos serviços clínicos pode ser renovado nos mesmos termos dos Contratos de Gestão dos hospitais de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira desde que, cumulativamente, sejam preenchidos três requisitos:
  - O resultado das avaliações de desempenho é, em todos os anos, no mínimo, “BOM”;
  - A Entidade Pública Contratante não pretenda, por razões de interesse público, introduzir modificações na atividade objeto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do contrato;
  - A renovação do contrato não colida com qualquer dos princípios do regime legal de parcerias.



Uma vez que, no caso dos Contratos de Gestão dos hospitais de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, a eventual decisão de renovação dos contratos por parte da Entidade Pública Contratante não carece de qualquer condicionalismo (exceto o atual quadro legal das parcerias), poderá ser equacionada a possibilidade de considerar, para as três PPP mencionadas neste ponto, os mesmos requisitos estabelecidos para o Contrato de Gestão do Hospital de Loures, nomeadamente os relativos ao resultado das avaliações de desempenho e a não introdução de modificações na atividade objeto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade dos contratos.

7. No que respeita aos prazos estabelecidos para a manifestação de vontade de renovação dos contratos na vertente clínica, todos os Contratos de Gestão (Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures) estipulam que a Entidade Pública Contratante deve manifestar a vontade de renovar o contrato, notificando a Entidade Gestora do Estabelecimento até 2 anos antes do final do prazo do contrato ou da respetiva renovação, devendo a Entidade Gestora do Estabelecimento manifestar-se até 18 meses antes do final do prazo do contrato.

#### B. APRECIÇÃO GERAL

8. Considerando os prazos referidos no ponto anterior e recuperando a tabela apresentada no ponto 3 do presente ofício, apresentam-se na tabela seguinte as datas limite para a tomada de decisão por parte da Entidade Pública Contratante:

Contratos de Gestão PPP	Data de Início	Data de Término	Prazo para notificação
Hospital de Cascais	01-01-2009	31-12-2018	Até 31-12-2016
Hospital de Braga	01-09-2009	31-08-2019	Até 31-08-2017
Hospital de Vila Franca de Xira	01-06-2011	31-05-2021	Até 31-05-2019
Hospital de Loures	19-01-2012	18-01-2022	Até 18-01-2020

Conforme se evidencia no quadro *supra*, mas sem prejuízo da necessidade de se estabelecerem critérios e pressupostos homogéneos e coerentes para as 4 PPP, entende-se que a análise e avaliação da eventual renovação do Contrato de Gestão do Hospital de

Cascais deverá ser considerada prioritária, tendo em conta a data limite de 31 de dezembro de 2016 para a notificação da Entidade Gestora do Estabelecimento por parte da Entidade Pública Contratante.

9. Sobre a priorização da análise e avaliação da eventual renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, corrobora-se o entendimento da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos [“UTAP”] que, na análise realizada sobre esta matéria (Informação n.º 006/2015, de 13 de abril de 2015) e não obstante a necessidade de se estabelecerem critérios e pressupostos homogéneos e coerentes para as 4 PPP, entende que a tomada de decisão por parte do Estado deve ser faseada no tempo na medida em que, entre a primeira data limite (31-12-2016 no caso da PPP de Cascais) e a última data limite (18-01-2020 no caso da PPP de Loures), distam cerca de 3 anos, período esse no qual podem ocorrer factos relevantes que alterem o sentido de decisão por parte do Estado.
10. Nesta perspetiva, reitera-se o entendimento de que deverá ser dada prioridade inicial ao Contrato de Gestão do Hospital de Cascais ressalvando, contudo, que a respetiva tomada de decisão relativamente à PPP de Cascais não deve ser, por si só, extensível à decisão a tomar relativamente às restantes PPP.
11. Numa apreciação prévia aos critérios e pressupostos que deverão nortear os estudos a desenvolver na análise e avaliação da eventual renovação dos Contratos de Gestão PPP na vertente clínica, considera-se que um dos estudos essenciais (porventura o mais importante) a realizar será a análise da Economia, Eficiência e Eficácia de cada uma das 4 parcerias na componente da prestação dos serviços clínicos, ou seja, a análise do chamado *Value for Money* das parcerias.
12. Com efeito, a análise do *Value for Money* de cada uma das parcerias já foi demonstrado mas apenas na fase anterior à execução dos Contratos de Gestão, ou seja, nos procedimentos concursais onde foram adjudicadas as propostas que apresentaram um Valor Atualizado Líquido [“VAL”] dos pagamentos esperados do Estado inferior ao VAL apurado no cálculo do Custo Público Comparável [“CPC”].

13. Nesse sentido e de forma complementar e conclusiva, importa agora aferir o *Value for Money* das parcerias na fase de execução dos Contratos de Gestão em regime de PPP que, do nosso ponto de vista, será um dos elementos fundamentais no apoio à decisão por parte do Estado nesta matéria.
14. A este respeito e considerando que a data limite, referida na tabela do ponto 8 do presente ofício, para a notificação da Entidade Gestora do Estabelecimento do Hospital de Braga é a segunda mais próxima (31-08-2017), destaca-se o estudo, de 29 de julho de 2015, elaborado pelo Banco BPI que, a pedido da Administração Regional de Saúde do Norte [“ARSN”], analisou o *Value for Money* da PPP de Braga na vertente clínica.
15. O referido estudo, intitulado “*HOSPITAL DE BRAGA EM PARCERIA PÚBLICO PRIVADA – RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO VALUE FOR MONEY DA PPP HOSPITALAR NA VERTENTE CLÍNICA*”, incide sobre o período 2011-2013 e teve por objetivo aferir se a opção pela via da parceria em detrimento da implementação direta pelo Estado tem vindo a conduzir à obtenção de uma solução mais económica, eficiente e eficaz face à alternativa de desenvolvimento direto pela entidade pública, ou seja, se a PPP permite a obtenção de *Value for Money* na ótica do Estado. Do estudo conclui-se que:
- “*Se encontra demonstrada a Economia da PPP, uma vez que o Hospital de Braga em PPP tem vindo a gerar poupanças muito significativas para o erário público, conforme se pode comprovar pelo facto de os pagamentos unitários por doente padrão ajustado do Hospital de Braga terem sido inferiores face à média dos custos unitários registados nos hospitais do Grupo de Referência, em 21,4% em 2011, em 24,1% em 2012 e em 19,3% em 2013. A estas poupanças percentuais correspondem poupanças em termos absolutos de 27,8 milhões de euros em 2011, de 38,6 milhões de euros em 2012 e de 31,8 milhões de euros em 2013*”, correspondendo a uma poupança acumulada de quase 100 milhões de euros em três anos de execução do contrato PPP;
  - “*Acréscce que, para além da obtenção de poupanças financeiras muito significativas, a celebração da PPP permitiu transferir um importante conjunto de riscos para o parceiro*”

- privado que, de outra forma teriam permanecido na esfera pública, como sendo, por exemplo, o risco de gestão da operação clínica e de derrapagens nos encargos operacionais face ao previsto e o risco da qualidade dos cuidados de saúde prestados, entre outros.”;*
- *“Se encontra demonstrada a Eficiência da PPP do Hospital de Braga, atendendo aos resultados positivos e genericamente superiores aos registados nos hospitais do Grupo de Referência que foram obtidos pelo Hospital de Braga, no que respeita aos níveis de produtividade dos recursos humanos, à demora média no internamento, à taxa de reinternamentos de utentes em 30 dias, à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias e aos custos operacionais por doente padrão.”;*
  - *“Os ganhos de eficiência do Hospital de Braga face à média dos restantes hospitais, em termos dos custos operacionais por doente padrão ajustado, atingiram 16,8% em 2012 e 13,1% em 2013, ao que correspondem custos operacionais globais no Hospital de Braga inferiores, em valor absoluto, àqueles que teriam ocorrido aos custos unitários médios dos hospitais de referência de cerca de 26,9 milhões de euros e de 21,6 milhões de euros, respetivamente.”;*
  - *“Se encontra demonstrada a Eficácia da PPP do Hospital de Braga, que tem vindo a atingir os objetivos definidos em termos de resposta às necessidades de cuidados de saúde da população da área de influência, tanto em termos quantitativos, como qualitativos, uma vez que:*
    - *A produção efetiva tem cumprido, ou mesmo superado, a produção contratualizada com a ARSN no âmbito dos procedimentos anuais de negociação;*
    - *A capacidade hospitalar tem sido utilizada para resposta às necessidades da população da área de influência, não tendo sido realizada atividade privada no Hospital de Braga e mantendo-se a importância relativa dos utentes não pertencentes à área de influência do Hospital a níveis inferiores aos permitidos pelo Contrato de Gestão;*
    - *A EGEST tem tido classificações de “BOM” no âmbito da avaliação anual de desempenho, destacando-se a classificação de “MUITO BOM” na vertente de “RESULTADOS”;* e

- *O Hospital de Braga tem cumprido as disposições contratuais relacionadas com a qualidade dos serviços clínicos prestados e tem obtido importantes distinções de qualidade dos serviços clínicos prestados atribuídas por entidades externas.”*

**C. PROGRAMA DO XXI GOVERNO CONSTITUCIONAL 2015 - 2019**

16. No âmbito da *“Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor”* o Programa do XXI Governo Constitucional refere o comprometimento no sentido de *“Promover 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;”*.
17. Conforme descrito nos pontos 14 e 15 do presente ofício, entende-se que o estudo elaborado pelo Banco BPI sobre a análise do *Value for Money* da PPP de Braga na vertente clínica, vai ao encontro da medida mencionada no ponto anterior e que, crê-se, seria de replicar para as restantes experiências de PPP hospitalares, nomeadamente de Cascais, Vila Franca de Xira e Loures.

**D. CONCLUSÕES E PRÓXIMOS PASSOS**

18. Pelo exposto, no âmbito da necessidade de se analisar e avaliar a eventual renovação da componente clínica dos Contratos de Gestão PPP, considera-se que:
- (i) Deve-se proceder inicialmente à definição dos critérios e pressupostos subjacentes ao trabalho a desenvolver;
  - (ii) A tomada de decisão por parte do Estado deve ser faseada no tempo na medida em que distam cerca de 3 anos entre a primeira data limite (31-12-2016 no caso da PPP de Cascais) e a última data limite (18-01-2020 no caso da PPP de Loures), período no qual podem ocorrer factos relevantes que alterem o sentido de decisão por parte do Estado;

- (iii) Tendo em conta a data limite de 31 de dezembro de 2016 para a notificação da Entidade Gestora do Estabelecimento do Hospital de Cascais, dever-se-á dar prioridade à análise e avaliação do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais ressaltando, contudo, que a respetiva tomada de decisão relativamente à PPP de Cascais não deve ser, por si só, extensível à decisão a tomar relativamente às restantes PPP;
- (iv) O estudo, de 29 de julho de 2015, elaborado pelo Banco BPI sobre a análise do *Value for Money* da PPP de Braga na vertente clínica, deve ser considerado, do ponto de vista conceptual, como uma referência no apoio à decisão por parte do Estado pelo que se entende ser pertinente replicá-lo para as restantes experiências de PPP hospitalares.
19. Por conseguinte, coloca-se à consideração de Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde os entendimentos manifestados no presente ofício.
20. Sem prejuízo do referido no ponto anterior, iremos, desde já, promover com a máxima celeridade uma reunião conjunta entre esta Administração Central, os elementos já indicados pela ARSLVT e ARSN para a análise desta matéria e ainda com a UTAP no sentido de definir responsabilidades e metodologias de trabalho com o objetivo de produzir um documento final com uma proposta de apoio à decisão por parte do Governo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo



Digitally Signed by Rui dos Santos Ivo  
DN: CN=Rui dos Santos Ivo,  
OU=Administração Central do  
Sistema de Saúde, IP, O=Ministério  
da Saúde, C=PT  
Reason:  
Date: 2015-12-23T16:03:45

(Rui Santos Ivo)

## **Anexo 6**





## Agenda de Trabalhos

19 de fevereiro 2016  
10h30

Ministério da Saúde - 3º andar

### Término dos Contratos de Gestão das PPP de Cascais e Braga

1. Ponto de situação sobre o processo de preparação do término dos Contratos PPP de Braga e Cascais
2. Posição da ARSLVT sobre o término da PPP de Cascais
3. Posição da ARSN sobre o término da PPP de Braga
4. Posição do Ministério das Finanças
5. Avaliação independente do processo de PPP da Saúde (Programa de Governo)
6. Cenários de apoio à decisão política do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, para apresentação urgente à tutela



## **Anexo 7**





## NOTA INTERNA

<b>PARA</b>	Exmo. Senhor Chefe do Gabinete Dr. Jorge Poole da Costa	<b>NºREF.</b>	Relacionado com o Processo nº 338/14
<b>DE</b>	Ana Sofia Ferreira – Adjunta do Gabinete	<b>DATA</b>	12/02/2016
<b>ASSUNTO</b>	Término dos contratos de PPP hospitalares na componente da EGEST (serviços clínicos) e realização de estudo independente de avaliação das PPP		<i>Nota a ser concluída com documento de apoio à análise. 16.02.16</i>

### Enquadramento

Manuel Delgado  
Secretário de Estado da Saúde

O Programa do XXI Governo Constitucional prevê, no domínio das parcerias público-privadas (PPP) em Saúde, existentes na área hospitalar, a promoção da sua “avaliação externa independente (...) no sentido de habilitar tecnicamente a decisão política em função da defesa do interesse público”.

Com efeito, vigoram quatro Contratos de Gestão em regime PPP, cada um com uma dupla componente de “Gestão de Edifício” (por 30 anos) e “Gestão do Estabelecimento” (por 10 anos), sendo que se aproxima o término do prazo de vigência dos Contratos com as Entidades Gestoras do Estabelecimento (EGEST) dos Hospitais de Cascais e de Braga. Até dois anos antes do final deste prazo, o Estado tem que notificar as EGEST da sua decisão relativamente à continuidade, ou não, e em que moldes, da parceria em causa.

Concretamente:

Contrato de Gestão - Hospitais	Data de Término	Prazo para notificação da EGEST
PPP de Cascais	31.12.2018	31.12.2016
PPP de Braga	31.08.2019	31.08.2017
PPP de Vila Franca de Xira	31.05.2021	31.05.2019
PPP de Loures	18.01.2022	18.01.2020

Previamente ao término destes contratos, o Estado, sob a dupla tutela do Ministério da Saúde e Ministério das Finanças, tem, pois, que:

- i) decidir que solução entende adoptar para a gestão clínica daqueles Hospitais;



## NOTA INTERNA

- ii) notificar, com dois anos de antecedência, as EGEST respectivas, da sua decisão;
- iii) preparar todo o trabalho técnico necessário de modo a garantir que, na exacta data em que os actuais Contratos cessarem, a solução alternativa está, não apenas pensada ou em preparação, mas plenamente operacionalizável. Caso não estivesse, a prestação de cuidados de saúde às populações servidas por estes Hospitais poderia ser posta em causa, ou o financiamento destes cuidados poderia não ter assegurada a devida cobertura legal para continuar sem disrupções.

Em traços gerais, ao nível da **decisão política**, o Estado pode assumir a decisão de **renovar vs. não renovar o Contrato na vertente da EGEST**.

Nesta segunda opção, o Estado deverá iniciar a preparação da **internalização da gestão clínica** do(s) estabelecimento(s) no SNS, mantendo o Contrato de Gestão vigente apenas com a(s) Entidade(s) Gestora(s) do Edifício (EGED), e abandonando a solução da PPP com uma EGEST.

Na primeira opção, alternativa, de o Estado decidir **manter a componente da gestão clínica concessionada à gestão privada**, existem 3 possibilidades:

- i) renovar o Contrato de parceria com a EGEST actual (no caso de a mesma aceitar);
- ii) relançar a parceria através dum procedimento concursal para adjudicação de novo contrato de PPP na vertente da EGEST, com alterações face ao que hoje vigora;
- iii) manter uma concessão da gestão clínica ao sector privado mas sob outro modelo de contratação que não o de PPP. Todavia, por ser pouco compaginável com a manutenção, em paralelo, da contratação em PPP da componente do Edifício, e por simplificação, não nos referiremos mais a esta terceira possibilidade, que consideramos pouco provável de suceder.

A **decisão política** sobre que solução adoptar, após o término destes contratos na vertente clínica, **não é totalmente livre**, na medida em que os próprios Contratos, e o regime legal das PPP prevêm o cumprimento de uma série de requisitos e de fundamentação tipificada, que subjaz à decisão do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério das Finanças.

Por outro lado, constituem um factor crítico, a preparação dos estudos e fundamentos técnicos para a decisão, bem como o lançamento de um eventual novo procedimento concursal, atentos os requisitos legais e a experiência acumulada quer nos concursos destas quatro PPP hospitalares, quer a propósito do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (ou do próprio Hospital Oriental de Lisboa, há tanto tempo por concretizar), por requerem o seu tempo próprio e equipas técnicas bastantes qualificadas e disponíveis, incluindo o recurso a contratação de consultoria especializada.



## NOTA INTERNA

Existe inquestionável vantagem na realização de uma avaliação independente do processo de PPP desenvolvido em Portugal, na área da Saúde, desde o início deste século, e concretizado, no momento presente, em 4 Hospitais que funcionam em regime de PPP, na dupla componente da gestão clínica (contrato com a EGEST) e do edifício (contrato com a EGED), por sua vez com relações contratuais entre si, para além das firmadas com o Estado, em especial, quando se aproxima o término de vários destes Contratos.

Em todo o caso, cumpre alertar para o facto de o regime legal das PPP – Decreto-Lei nº 111/2012 de 23 de Maio, tipificar todo um conjunto de pressupostos específicos a verificar pelos entes públicos, e respetivos procedimentos, no que respeita aos processos de PPP, desde a decisão pública de lançamento de parcerias (e decisão sobre alternativas a uma PPP), preparação desta, negociação, adjudicação (e reserva de não adjudicação), execução e modificação de parcerias, e sua avaliação, com responsabilidades partilhadas entre a tutela sectorial dos projetos de PPP, a tutela do Ministério das Finanças, e a própria Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos de PPP (UTAP), criada através do mesmo regime.

É, portanto, essencial, procurar conciliar a realizar da avaliação externa independente dos processos de PPP na Saúde, necessária, oportuna e prevista no Programa do atual Governo, com os *timings* próprios dos Contratos de Gestão em regime de PPP que vigoram, em particular no que se prende com o aproximar do prazo para o final dos Contratos vigentes com os Hospitais de Cascais e Braga, e que exigem ação pública urgente.

### O processo de preparação do término dos Contratos de Gestão de Cascais e Braga

O processo, interno ao Ministério da Saúde, de preparação dos vários cenários inerentes ao término dos dois Contratos PPP referidos na vertente da gestão clínica, iniciou-se em 6 de novembro de 2014, com uma Nota preparada no Gabinete do anterior Ministro da Saúde, sinalizando já na altura, precisamente, a necessidade de se solicitar à ACSS que diligenciasse no sentido da criação de uma Equipa de Projeto, para estudar esta questão e propor os passos seguintes. A Equipa deveria integrar, para além de elementos da própria ACSS, representantes da ARSLVT, ARSN e ARS Algarve (supõe-se que por causa do anterior contrato do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, que inicialmente funcionou sob regime de PPP), bem como da UTAP, com o objetivo de propor uma metodologia de avaliação comparativa das diferentes opções / cenários a propósito do término dos Contratos PPP.



## NOTA INTERNA

Esta Nota mereceu despacho de concordância do Ministro Paulo Macedo, tendo sido remetida à ACSS a 18.11.2014, com conhecimento dos Gabinetes dos Secretários de Estado da Saúde (SES) e das Finanças (SEF).

Do processo constam duas Notas subsequentes da UTAP, datadas de abril de 2015, remetidas pelo Gabinete do SEF em 14.4.2015. De um modo geral, a UTAP concorda com o teor da Nota Interna elaborada pela Saúde, destacando “a sua relevância e urgência”, e aprofunda e clarifica vários aspetos, relativamente aos prazos, ao processo de decisão política e à forma de fundamentação (técnica) do mesmo.

Em 3.11.2015, estas questões foram resumidas em nova Nota Interna do Gabinete SES, que suscitou um despacho do SES de 4.11.2015 no sentido de a ACSS, ARSLVT, e ARSN, com o conhecimento do Gabinete do SEF, serem informadas das Notas produzidas, e, “na sequência do despacho do Sr. Ministro de 10.11.2014, a ACSS e a ARSLVT devem, com a maior urgência, das início ao procedimento de análise prévia, devidamente fundamentada, que permita uma avaliação comparativa das diferentes opções, de modo a identificar o interesse público da proposta, indicando representantes para eventual equipa de projeto”.

Desde então, foi rececionado neste Gabinete, resposta da ACSS datada de 23.12.2015, que, como elemento novo, se refere a um estudo realizado pelo BPI sobre a economia, eficiência e eficácia da PPP do Hospital de Braga, que a ACSS considera que não só pode servir como “avaliação independente”, no espírito do que prevê o Programa do XXI Governo Constitucional, como poder ser adaptado para o caso da PPP do Hospital de Cascais. Analisado o estudo em causa parece-nos, todavia, o mesmo não servir como avaliação “independente”, por três ordens de razões: i) o BPI é uma empresa de consultoria contratada e financiada pelo Estado, logo, em nada independente; ii) analisada a metodologia usada na avaliação, verifica-se que a mesma assume uma série de pressupostos que enviesam as conclusões favoravelmente ao Hospital em análise; ii) analisada a metodologia usada na avaliação, verifica-se que a mesma ignora totalmente os custos públicos de regulação do próprio Contrato de Braga, incluindo os custos que o Estado tem suportado com consultoria para acompanhamento da sua gestão.

Por seu turno, a ARSN ainda não se pronunciou sobre o despacho do (anterior) SES datado de 4.11.2015.

Todavia, a ARSLVT veio, através de documento enviado via correio eletrónico de 15.2.2016, remeter a lista de alterações que considera desejável introduzir numa eventual renegociação do Contrato, e pronunciar-se sobre o seu término, nos seguintes moldes:

(...) 4. “A ARSLVT, designada para acompanhamento do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais em parceria público-privada, entende que o Contrato de Gestão não deve ser renovado sem mais, na medida em que seria adequado introduzir modificações ao Contrato.





## NOTA INTERNA

5. *Há alterações ao clausulado contratual que podem ser realizadas como modificações objetivas ao Contrato seguindo o regime legal das parcerias público-privadas nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, e sendo as mesmas operadas por acordo entre o parceiro público e os parceiros privados e aprovadas pelos Ministros das Finanças e da Saúde. (...)*

6. *A modificação objetiva dos contratos está limitada pelas regras de contratação pública nacionais e comunitárias. As modificações objetivas: i) não podem introduzir alterações substanciais aos contratos, nem abranger serviços, numa medida importante, não inicialmente previstos; (ii) devem respeitar os princípios da concorrência, igualdade e transparência; (iii) não podem implicar alterações no preço, salvo se acessórias ou previstas no contrato, e (iv) não deve determinar a existência de um benefício económico do parceiro privado, devendo a alteração ser neutra para os interesses das partes. A este propósito, refira-se que o Tribunal de Justiça da União Europeia tem vindo a defender que há violação dos princípios da publicidade e da concorrência se a modificação objetiva conduzir a uma alteração substancial do contrato.*

7. *Assim, a ARSLVT analisa as alterações que entende por adequado realizar e afere se as mesmas podem eventualmente ser realizadas com processo de modificação objetiva do Contrato ou se ditariam a abertura de novo procedimento concursal com novo objeto e obrigações contratuais.*

*(...)*

10. *Concluindo-se que as alterações que se tenham como necessárias impõem, para conformidade das regras de contratação pública, a abertura de novo procedimento concursal, o mesmo deve ser lançado e concluído de modo a que possa produzir os seus efeitos a 01.01.2019, ocorrendo a reversão do Estabelecimento Hospitalar para a sociedade que for constituída pelo adjudicatário do novo procedimento concursal. O mesmo se refira para a situação em que foi decidida pela modificação e a negociação da mesma vem a ser gorada.” (nosso realce)*

Assim, afigura-se necessário discutir, com o Ministério das Finanças (incluindo a UTAP), a ACSS, e as duas ARS os próximos passos da preparação do término destes Contratos, sendo também essencial confirmar qual a orientação política de princípio sobre o cenário a adotar, de entre os sintetizados na página 2 da presente Nota, orientação política essa que, com base na informação já existente, presidirá ao desenvolvimento dos mesmos. Recorda-se que as matérias relacionadas com PPP estão sujeitas não apenas à tutela sectorial da Saúde mas também à do Ministério das Finanças.

### A realização de uma avaliação independente das PPP em Saúde

Conforme já mencionado, o Programa do Governo prevê a “avaliação externa independente” das PPP existentes na área hospitalar, “no sentido de habilitar tecnicamente a decisão política em função da defesa do interesse público”.



## NOTA INTERNA

Pese embora esta avaliação já não poder - por questões de timing atento o facto de o Governo anterior não ter chegado a tomar decisões sobre o término dos contratos PPP de Braga e Cascais - ser, em rigor, prévia à tomada de decisão política sobre o cenário preferencial a adotar a partir de 31.12.2018 (no caso de Cascais, cessando Braga 8 meses depois), ela é fundamental. O processo de desenvolvimento das PPP em Saúde começou no início do século e apenas nos anos recentes, com a abertura dos Hospitais mais recentes, se pode acumular experiência diversificada sobre a execução dos quatro Hospitais que funcionam em regime de PPP. Por outro lado, estando o término de dois deles próximo, a oportunidade de uma avaliação abrangente é inquestionável e informará, indubitavelmente, o desenrolar dos trabalhos que se estão a iniciar.

Assim, recordem-se, a este propósito as competências da Entidade Reguladora da Saúde (ERS). O artigo 20.º do Decreto -Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, que aprova os Estatutos da ERS, prevê:

*"A Entidade Reguladora da Saúde, abreviadamente designada por ERS, encontra -se adstrita ao MS, enquanto autoridade de supervisão e regulação do setor da saúde, é independente no exercício das suas funções, com atribuições de regulação, fiscalização e supervisão no setor da saúde, nos termos da Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto, que aprova a lei -quadro das entidades administrativas independentes com funções de regulação da atividade económica dos setores privado, público e cooperativo e nos respetivos estatutos". (nosso realce).*

De acordo com o art.º 15º dos seus estatutos, relacionado com o domínio da Regulação Económica, uma das incumbências da ERS, conforme a al.b), consiste em: *"Pronunciar -se e emitir recomendações sobre os acordos subjacentes ao regime das convenções, bem como sobre os contratos de concessão e de gestão e outros que envolvam atividades de conceção, construção, financiamento, conservação ou exploração de estabelecimentos ou serviços públicos de saúde;"* (nosso realce).

A nosso ver, neste contexto, a ERS afigura ser a entidade competente e adequada para, no quadro da sua independência e atribuições, levar a cabo a avaliação pretendida pelo Governo.

Por outro lado, há que atentar no conteúdo do Artigo 68.º dos mesmos Estatutos, que prevê, nos seus nºs 1 e 2, que:

*" 1 — A ERS é independente no exercício das suas funções e não se encontra sujeita a superintendência ou tutela governamental, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.*

*2 — Os membros do Governo não podem dirigir recomendações ou emitir diretivas aos órgãos da ERS sobre a sua atividade reguladora nem sobre as prioridades a adotar na respetiva prossecução."* (nosso realce)

Resulta parecer-nos que o Senhor Ministro da Saúde poderia, neste contexto, confirmar, junto do Senhor Presidente do Conselho Diretivo da ERS, a possibilidade de o estudo de avaliação ser conduzido esta

## NOTA INTERNA

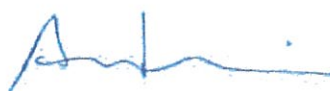
entidade, competente para o efeito, e salvaguardando a sua independência face ao Governo e no respeito pelo espírito do citado Art.º 68º.

### Conclusões

Atento o exposto, considera-se que:

1. é urgente avançar na preparação do cenário a adotar após a cessação de dois contratos PPP atualmente em vigor, a saber, Hospital de Cascais e de Braga, por forma a garantir uma solução totalmente operacional a 31.12.2018 e 31.8.2019, respetivamente, que assegure a continuidade dos cuidados de saúde às populações servidas por aqueles Hospitais, e a legalidade plena do financiamento dos mesmos;
2. essa preparação terá que ser concertada com o Ministério das Finanças, em especial com a UTAP, e vai exigir esforço considerável às entidades do Ministério da Saúde que integrarem as Equipas de Projeto necessárias, bem como a contratação de consultoria especializada;
3. as reuniões que estão agendadas, como o Ministério das Finanças, para breve permitirão aprofundar os pontos anteriores;
4. a escolha do cenário a adotar pressupõe uma tomada de decisão política de princípio, prévia, acerca do mesmo, articulada entre os Ministérios da Saúde e das Finanças;
5. existe grande vantagem em, paralelamente a este processo, auscultar a ERS no sentido de esta poder realizar a avaliação independente das PPP hospitalares, mais vasta e transversal, que o Programa de Governo prevê.

À consideração superior,



Ana Sofia Ferreira

Adjunta do Secretário de Estado da Saúde



## **Anexo 8**



## 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.

Cumprе, 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 homogénea, 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 antecipar 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

Renovação vs Não Renovação da PPP com a EGEST	
A - RENOVAÇÃO	
CENÁRIOS	A.1. Renovação "tal qual" com a mesma EGEST
CENÁRIOS	A.2. Negociação do Contrato Atual + Renovação com mesma EGEST
VANTAGENS	<p><b>Operacional:</b> Facilidade e rapidez de concretização. Previsibilidade de resultados. Cenário consentâneo com a estabilidade do contrato atual. Timings de execução mais curtos quando comparado com qualquer um dos outros cenários.</p> <p><b>Jurídico:</b> Garantia da conformidade da solução a adotar com o enquadramento legal aplicável à renovação e aos limites da alteração objetiva dos contratos públicos.</p> <p><b>Financeiro:</b> Previsibilidade do impacto orçamental (neutral).</p>
RISCOS, DESVANTAGENS	<p><b>Político:</b> Necessidade de enquadramento face ao Estudo independente que consta do Programa de Governo. Dificuldade / impossibilidade / indesejabilidade de defesa da manutenção do <i>status quo</i> (existindo matérias que exigem alteração e que não se enquadram num cenário de renovação "tal qual"). Desalinhamento entre as disposições do contrato e o "estado da arte", em termos de modelo assistencial e de financiamento (v.g., ambulatório dos cuidados de Saúde Mental; pagamento por doente tratado HIV-SIDA). Pressupõe que se abdique de alteração de alguns aspetos considerados essenciais.</p> <p><b>Estratégico:</b> Caucionamento de contratos (cerca 10 anos) que devem ser melhorados na ótica do interesse público. Falta de alinhamento, nalguns aspectos, de políticas e práticas entre as quatro PPPs hospitalares em vigor.</p> <p><b>Operacional:</b> Possibilidade de não aceitação por parte do parceiro privado e consequente aumento de risco de não resolução do problema da caducidade dos contratos.</p> <p><b>Jurídico:</b> Fundamentação da renovação "tal qual" pode não se apresentar como blindada na medida em que a ARSLVT já identificou aspetos que carecem de alteração, ficando a mesma aquém desse objetivo e podendo questionar-se a legitimidade da decisão e da salvaguarda do interesse público.</p> <p><b>Financeiro:</b> 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. Quaisquer potenciais poupanças/ganhos que venham a ser identificados não poderão ser acomodados no preço.</p>
TERMOS E CONDIÇÕES	<p>Procedimento similar ao previsto no DL 111/2012 com vista à fundamentação técnica, jurídica e económico-financeira da decisão de renovação. Qualquer decisão deve ser precedida de um rigoroso estudo técnico que avalie, em concreto, os méritos da solução encontrada. Este procedimento deve incluir, nomeadamente, o recálculo do CPC e uma reanálise ao <i>value for money</i> da parceria.</p>
PASSOS PROCEDIMENTAIS PRINCIPAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DESTES CENÁRIOS	<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 desempenhar as duas funções (estudo e fundamentação do cenário de renovação do contrato e, no caso de este não funcionar, estudo e preparação do Cenário B. equivalente ao lançamento de um novo procedimento ou preparação de um processo de internalização dos serviços clínicos no SNS). Nada impede que a equipa, não obstante a diferente designação do DL, seja sempre a mesma e assuma a função de negociação e de estudo e preparação da implementação dos cenários após a caducidade.</p>
OBSERVAÇÕES	<p>Para este cenário considera-se necessário avaliar, do ponto de vista estratégico, o interesse em desenvolver as valências de infecciolgia e oncologia, no âmbito das redes de referência do Ministério da Saúde, conforme alertado pela ARSLVT no contexto da preparação do presente Mapa.</p> <p>O risco de concretização deste cenário poderá não ser idêntico em todas as PPP aqui em análise, uma vez que o posicionamento dos parceiros privados, perante uma renovação "tal qual" poderá ser diferente.</p>
PLANO ALTERNATIVO DE IMPLEMENTAÇÃO	<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 dos sub-cenários B.1/B.2 e B.3.</p>

**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**

**B - NÃO RENOVAÇÃO**

B.1. Estudo, preparação e lançamento de nova PPP	B.2. Outro modelo de contratação (que não PPP)	B.3. Internalização dos serviços clínicos no SNS / Reversão do Estabelecimento para o Estado
<p><b>Financeiro:</b> Fixação de um limite máximo do impacto orçamental (CPC) e captura de ganhos decorrentes da abertura à concorrência. Garantia de <i>value for money</i>.</p> <p><b>Político:</b> Abertura à concorrência.</p> <p><b>Estratégico:</b> Teste à dinâmica do mercado e da concorrência. Melhoria do processo por incorporação das "lições aprendidas". Adequação das exigências concursais à evolução do modelo assistencial e de financiamento, através da incorporação nos documentos concursais das variáveis fundamentais para o parceiro público.</p> <p>Possibilidade de alinhamento de políticas e práticas entre as 4 PPP hospitalares em vigor.</p> <p><b>Jurídico:</b> Cumprimento do DL 111/2012 e do Código dos Contratos Públicos; oportunidade de edificação de um procedimento blindado de abertura à concorrência.</p>	<p><i>Nota: Face ao histórico e ao enquadramento contratual e legal aplicável aos contratos de gestão em causa não se vislumbra, neste exercício, modelos alternativos aos constantes do DL 111/2012, excepto o modelo previsto no DL 138/2013, cujas vantagens e desvantagens se enunciam de seguida.</i></p> <p><b>Operacional:</b> Existência de precedente com outro acordo estabelecido no âmbito e por aplicação do DL 138/2013 (Centro de Reabilitação do Norte).</p>	<p><b>Político e Estratégico:</b> Maior facilidade na implementação de medidas de alteração de políticas na prestação de cuidados de saúde. Eventuais alterações, mesmo que com impacto no custo, não necessitam de negociação/acordo com o parceiro privado.</p> <p><b>Financeiro:</b> 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 encontrará em vigor o contrato de gestão do Edifício dos hospitais em causa, por cerca de 20 anos, o que se reconduz a um considerável risco de interface (relação entre o parceiro privado e o parceiro público na gestão direta do edifício e do estabelecimento hospitalar) que se sobrepõe a qualquer vantagem que pudesse ser associada a um cenário de internalização (global) dos serviços.</i></p>
<p><b>Político:</b> Necessidade de enquadramento face ao Estudo independente que consta do Programa de Governo. Incerteza dos resultados do procedimento concursal acoplado ao processo de lançamento da PPP.</p> <p><b>Estratégico:</b> Dependente da reação do mercado e das condições deste.</p> <p><b>Operacional:</b> Maior tempo e custo do processo, que pressupõe o cumprimento escrupuloso do DL 111/2012 e do CCP. Necessidade de recálculo do <i>value for money</i>.</p>	<p><b>Político:</b> Necessidade de justificar a manutenção de uma concessão de gestão de serviços clínicos ao sector privado sob um modelo distinto de PPP, mantendo-se em paralelo, outros HH do SNS com modelo PPP na gestão clínica. Necessidade de enquadramento face ao Estudo independente que consta do Programa de Governo. Incerteza dos resultados do procedimento (financeiros/ preços e outros). Menor transparência, com limitação da concorrência (aberto apenas a alguns parceiros).</p> <p><b>Estratégico:</b> Solução técnica dificilmente defensável quando se cancelaram dois possíveis contratos com hospitais ao abrigo do DL 138/2013. Exclusão da participação do Ministério das Finanças/UTAP no processo.</p> <p><b>Financeiro:</b> Menor previsibilidade 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><b>Jurídico:</b> Não integração do procedimento no DL 111/2012. Possibilidade de contestação pelos concorrentes no mercado e pelos atuais parceiros das PPP. Desconhecimento do posicionamento do Tribunal de Contas relativamente a acordos deste tipo.</p>	<p><b>Político:</b> Necessidade de enquadramento face ao Estudo independente que consta do Programa de Governo. Assunção de risco na Integração pelo Estado. Experiência passada no processo de reversão do contrato de PPP do CMFRS demonstra a potencial redução do desempenho assistencial e financeiro/orçamental da prestação do serviço.</p> <p><b>Operacional:</b> 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. Implicará a internalização do risco de gestão do contrato que atualmente está do lado do parceiro privado.</p> <p><b>Jurídico:</b> Integração dos vínculos privados, incluindo os relacionados com recursos humanos, na esfera pública. Incerteza quanto à entidade pública que assume os respetivos vínculos revertidos para o Estado.</p> <p><b>Financeiro:</b> 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 penalidades que atualmente são aplicáveis ao parceiro privado.</p>
<p>Procedimento previsto no DL 111/2012 para o estudo, preparação e lançamento de uma PPP, que deve ter acoplado um procedimento concursal nos termos e para os efeitos do CCP. Qualquer decisão deve ser precedida de um rigoroso estudo técnico que avale, 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 comportabilidade orçamental, mesmo em cenários de sensibilidade.</p>	<p>Cumprimento dos procedimentos previstos no DL 138/2013 e demais legislação especialmente aplicável.</p>	<p>Qualquer decisão de internalização deve ser precedida de um rigoroso estudo técnico que avale, em concreto, os méritos da solução. A experiência demonstra que os processos de reversão e internalização, porque pressupõem a integração dos vínculos na esfera pública, se revelam de elevado grau de complexidade e morosidade. Este cenário pode ser originado em duas vias:</p> <p>(i) originalmente, como decisão de raiz de 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 chegue no decurso do seu estudo.</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>Estudo de economia, eficiência e eficácia e sustentabilidade financeira.</p>	<p>Ver comentário supra.</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, neste último caso, que tivesse que ser implementado um cenário de reversão para o Estado do Estabelecimento e, posteriormente, voltar a atribuir a sua gestão a um parceiro privado, como resultado do cenário escolhido, com as consequentes ineficiências e perdas que daí poderão decorrer.</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.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.3.</p>	<p>n.a.</p>

## Anexo 9



## Agenda de Trabalhos

26 de fevereiro 2016  
9h00

Ministério da Saúde - 3º andar

### Término dos Contratos de Gestão das PPP de Cascais e Braga

1. PDS processo de preparação do término dos Contratos PPP de Braga e Cascais e resumo da reunião do dia 19/2
2. Cenários para decisão política (vantagens / desvantagens, exequibilidade, riscos)
3. Auscultação da ACSS, das ARS (ARSLVT e ARSN) e da UTAP
4. Formalização da decisão política sobre cenário / Equipa de Projeto (ACSS / UTAP)
5. Próximos passos



## Anexo 10





## NOTA INTERNA

<b>PARA</b>	Exmo. Senhor Chefe do Gabinete Dr. Jorge Poole da Costa	<b>NºREF.</b>	Entrada 4260, de 17.3.2016 Processo nº 338/14
<b>DE</b>	Ana Sofia Ferreira – Adjunta do Gabinete	<b>DATA</b>	18/03/2016
<b>ASSUNTO</b>	Término dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais e Braga em regime PPP na componente da EGEST (serviços clínicos)		

*Concedo.*  
*16.03.21*  
*[Assinatura]*  
Manuel Delgado  
Secretário de Estado da Saúde

A ACSS remeteu a este Gabinete, através do seu ofício nº 3684/2016 de 17.3.2016, a entrada acima referenciada, exposição e proposta de actuação relativamente ao assunto em epígrafe.

Com efeito, na sequência de Nota Interna nossa, sobre esta questão, de 12.2.2016, decorreram reuniões sobre o tema nos dias 19 e 25 do mês de Fevereiro.

Nestas, participaram, para além de elementos deste Gabinete, a ACSS IP, a ARSLVT IP, a ARSN IP, a UTAP e a Secretaria de Estado do Tesouro e Finanças, tendo inclusive a segunda reunião beneficiado da coordenação de S. Exa. o Sr. Ministro da Saúde e da presença de S. Exa. o Sr. Secretário de Estado do Tesouro e Finanças, para além de S. Exa. o Sr. Secretário de Estado da Saúde.

Do trabalho decorreu a assunção de **orientações políticas de princípio**, sintetizáveis no seguinte:

1. Um cenário de mera renovação de Contratos com as actuais Entidades Gestoras dos Estabelecimentos (EGEST), com ou sem renegociação de alguns aspectos, não se afigura desejável, não só porque não seria 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 de Cascais e Braga e o momento actual, foi de tal modo forte, que os preços em vigor não reflectirão já condições de eficiência no momento presente;
2. A decisão sobre os demais cenários beneficiará do conhecimento dos resultados da avaliação externa independente de todo o processo das parcerias público-privadas em Saúde, prevista no Programa do XXI Governo Constitucional, mas, apesar de esta já ter sido solicitada pelo Ministério da Saúde à Entidade Reguladora da Saúde, não é, desde já, possível antecipar as conclusões da mesma;
3. Por uma questão de prudência, e atento o facto de, a 31.12.2018, no caso de Cascais, e a 31.8.2019, no caso de Braga, o Estado **ter 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, assume-se como **imperativo**,



## NOTA INTERNA

**iniciar a preparação desde já de todo o trabalho técnico que conclua pela necessidade e mais-valia, ou não, do lançamento de concursos públicos para a componente de gestão de serviços clínicos (EGEST) em regime de PPP para estas instituições hospitalares, salientando-se que é inclusive possível que as conclusões destes trabalhos venham a ser díspares entre as duas entidades hospitalares.**

Assim, tendo sido solicitado, na sequência dessas reuniões, pela tutela, à ACSS, que se articulasse com a ARSLVT e a ARSN, e apresentasse à tutela uma proposta de actuação, com o elenco dos trabalhos a desenvolver, a ACSS assim o fez e remeteu, a este Gabinete, esta mesma proposta, através do seu ofício nº 3684/2016 de 17.3.2016, antes referenciado.

**A extrema urgência dos trabalhos a desenvolver** decorre do facto de o término dos Contratos de Gestão de Cascais e Braga, na vertente da EGEST, se dar, respectivamente, a 31.12.2018 e 31.8.2019, e, uma vez que *o anterior Governo não tomou decisões sobre qual o caminho a prosseguir, face aos cenários que o Estado enfrenta perante este facto*, o período de tempo de que se dispõe para estudar a solução adequada, decidir e implementar o que se impuser, em cada caso, é já bastante escasso.

Analisada a proposta de actuação da ACSS, confirma-se que a mesma **vem ao encontro das expectativas existentes sobre o trabalho que há que desenvolver**, atento, em especial, o regime legal das PPP (Decreto-Lei nº 1172012), pelo que se **coloca à consideração superior a aprovação da proposta da ACSS sem qualquer reserva.**

Tal implica, em concreto:

1. Aprovar a constituição da Equipa de Projecto sugerida pela ACSS, com os elementos da ACSS, ARSLVT e ARSN já identificados a pp. 14 do seu ofício, devendo esta Equipa iniciar os seus trabalhos com a máxima urgência;
2. Aprovar o objecto dual proposto pela ACSS para os trabalhos da Equipa, cf. consta na 2ª conclusão da proposta da ACSS (p.18 do seu ofício);
3. **Notificar, de imediato, o Ministério das Finanças, para a constituição da Equipa de Projecto conjunta** (com, do lado da Saúde, os elementos já identificados e propostos pela ACSS);
4. Solicitar à ARSLVT e à ARSN a recolha e remessa à ACSS - que centralizaria a informação a carrear para os trabalhos da futura Equipa de Projecto conjunta com o Ministério das Finanças -, da informação identificada por esta entidade na 4ª conclusão do seu ofício (p.19), bem como toda aquela que a ACSS venha a identificar como pertinente para este fim, enquanto entidade coordenadora da Equipa de Projecto, do lado do Ministério da Saúde;



## NOTA INTERNA

5. Solicitar à ARSLVT e à ARSN que identifiquem, explicitem e enquadrem todas as questões que necessitem de parecer técnico dedicado de organismos especializados do Ministério da Saúde, nomeadamente Directores dos Programas de Doenças Oncológicas, VIH-SIDA, Saúde Mental, ou outros, e as remetam a este Gabinete, com o conhecimento da ACSS, por forma a poder ser formalmente solicitado parecer sobre as mesmas.

Caso estas propostas mereçam a aprovação superior, haverá que oficiar a ACSS, a ARSN e a ARSLVT, e ainda a SETF, por forma a assegurar a urgente continuação dos trabalhos.

À consideração superior,

Ana Sofia Ferreira

Adjunta do Secretário de Estado da Saúde



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

A De Ave Sofia  
Ferreira

Amenda e Juros  
- Juros Proprietários

S/referência:

N/referência: 3684/2016/CD-ACSS

Senhor Dr. Jorge Poole da Costa

fora necessário - minha incidência - 16. 3. 21

Exmo. Senhor  
Dr. Jorge Poole da Costa  
Chefe do Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde  
Av. João Crisóstomo, N.º 9  
1049-062 Lisboa

18/3/16  
Manuel Delgado

Assunto: Termo dos Contratos de Gestão do Hospital de Cascais e do Hospital de Braga em regime de parceria público-privada.

Sobre o assunto identificado em epígrafe, o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (de ora em diante, ACSS), atentas as competências previstas no n.º 4 do artigo 3.º da Lei Orgânica da ACSS<sup>1</sup>, de coordenação e acompanhamento dos contratos de gestão em regime de parceria público-privada, e na sequência da articulação havida com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., e com a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., respetivamente Entidades Públicas Contratantes no âmbito dos Contratos de Gestão do Hospital de Cascais e do Hospital de Braga, em regime de parceria público-privada, vem expor a V.ª Ex.ª o seguinte:

I. Enquadramento

- 1. O Contrato de Gestão do Hospital de Cascais em parceria público-privada produz, quanto à gestão clínica cometida à Entidade Gestora do Estabelecimento nos termos da Cláusula 6.ª, n.º 1 e 2, do Contrato de Gestão, os seus efeitos até 31.12.2018. Nos termos do n.º 2 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, pode este Contrato ser renovado por sucessivos períodos não superiores a dez anos, sendo que, em conformidade com o n.º 3 da mesma Cláusula, a data de termo do Contrato resultante de eventuais renovações na parte respeitante à Entidade Gestora do Estabelecimento não pode exceder, em qualquer caso, o termo do prazo previsto para o Contrato na parte respeitante à Entidade

<sup>1</sup> Decreto-Lei n.º 35/2012 de 15 de fevereiro alterado pelo Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, e pelo Decreto-Lei n.º 206/2015, de 23 de setembro.

14 260 170 01 01 338 14



Gestora do Edifício, ou seja trinta anos a contar da data de produção de efeitos do Contrato (cf. alínea b) do n.º 1 da Cláusula 8.ª).

2. Até dois anos antes do final do Contrato, a Entidade Pública Contratante deve manifestar a sua vontade de renovar ou não o Contrato, notificando a Entidade Gestora do Estabelecimento, cabendo a esta manifestar-se até dezoito meses antes do final do prazo do Contrato, conforme dispõe o n.º 4 da Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais.
3. Deve, assim, essa manifestação de vontade pela Entidade Pública Contratante ocorrer até 31.12.2016.
4. Por seu turno, e em termos similares, com previsões contratuais equivalentes, o Contrato de Gestão do Hospital de Braga produz, quanto à gestão clínica cometida à Entidade Gestora do Estabelecimento, os seus efeitos até 31.08.2019, devendo a Entidade Pública Contratante manifestar a sua vontade perante a Entidade Gestora do Estabelecimento quanto à renovação ou não do respetivo Contrato de Gestão até 31.08.2017.
5. As decisões de renovação ou não renovação, relativamente à execução de cada um dos referidos Contratos de Gestão em parceria público-privada, são da competência dos Ministros das Finanças e da Saúde, nos termos do artigo 340.º do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, com as alterações que, entretanto, lhe foram introduzidas, e em consonância com o regime legal em matéria de acompanhamento e execução das parcerias público-privadas, estabelecido no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.
6. No mesmo sentido quanto à competência conjunta, veja-se o exposto no segundo parágrafo do n.º 12 da Informação n.º 006/2015 da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (de ora em diante, UTAP), datada de 13.04.2015: «Uma vez que se trata de uma decisão com relevantes implicações económico-financeiras e jurídicas e com impacto nas contas públicas, consideramos que a mesma por analogia com o que aconteceu no procedimento decisório que esteve na base da celebração dos contratos de gestão originais e com o que surge ora previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, em relação aos processos de estudo e lançamento de novos projetos em modelo de PPP, deverá ser preparada com a

- participação de entidades do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças, e a respetiva decisão final tomada em conjunto pelos respetivos membros responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças».
7. Estas decisões, de cariz político, devem ser precedidas dos adequados estudos e rigorosa avaliação, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, que permitam concluir quais os termos que melhor realizam o interesse público em presença de modo a que as referidas decisões possam ser tomadas com respeito do princípio geral, que norteia toda a atividade administrativa, da prossecução do interesse público, nos termos do artigo 266.º da Constituição da República Portuguesa e do artigo 4.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, e possam ser devidamente fundamentadas.
  8. Através da já referida Informação n.º 006/2015 da UTAP, referente ao assunto – *“Término dos Contratos de Gestão, em regime de Parceria Público-Privada do sector da Saúde”*, datada de 13.04.2015, remetida pelo Senhor Secretário de Estado das Finanças ao Gabinete do Senhor Ministro da Saúde e ao Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde, foi salientado que, qualquer que seja a decisão a tomar, a mesma exigirá uma adequada fundamentação, que «contemplará, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção em causa (por exemplo, a vantagem da renovação contratual, secundarizando assim a abertura de um novo procedimento, ou o contrário), e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público», sendo que o «processo de decisão pressupõe necessariamente um trabalho prévio que permita» a referida «adequada fundamentação da decisão» (cf. n.º 12 a páginas 6 da referida Informação n.º 006/2015 da UTAP).
  9. Mediante ofício de 05.11.2015, foi comunicado à ACSS, à ARSLVT e à ARSN o despacho do Senhor Secretário Adjunto do Ministro de Saúde, exarado sobre nota interna do respetivo Gabinete, no sentido de ser dado início pela ACSS e pela ARSLVT ao «procedimento de análise prévia, devidamente fundamentada, que permita uma avaliação comparativa das diferentes opções, de modo a identificar o interesse público da proposta, indicando representantes para eventual Equipa de Projeto».

10. As Administrações Regionais de Saúde encetaram trabalhos preliminares dessa avaliação.
11. O Conselho Diretivo da ARSN havia já remetido a esta Administração Central, através de ofício com a referência GC/2015/144, de 09.09.2015, o estudo de 29.07.2015 preparado «com vista à determinação do *Value for Money* da gestão clínica da Parceria Público Privada do Hospital de Braga» (anexo 1).
12. A ARSLVT remeteu, em 15.02.2016, apreciação sobre o termo do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais e lista de alterações que entende como necessárias a introduzir em eventual processo de renegociação (anexo 2); a ARSN veio, entretanto, também apresentar apreciação interna sobre o *Funcionamento da Parceria Público-Privada do Hospital de Braga (Entidade Gestora do Estabelecimento)* e o *valor acrescentado pelo serviço prestado* (anexo 3).
13. **Atenta a falta de constituição de Equipa de Projeto, encetou o Gabinete do atual Senhor Secretário de Estado de Saúde esforços de articulação das diferentes entidades envolvidas e salientou a necessidade dessa constituição com a máxima urgência. Como mesmo o mesmo objetivo, promoveu reunião, que teve lugar no Gabinete no passado dia 19.02.2016 e que contou com a presença da Senhora Chefe de Gabinete do Senhor Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças, bem como da UTAP, da ACSS, da ARSLVT e da ARSN.**
14. Resulta da Nota Interna desse Gabinete que, conforme V. despacho de 16.02.2016, constituiu documento de apoio à reunião «é urgente avançar na preparação do cenário a adotar após a cessação de dois contratos PPP atualmente em vigor, a saber, Hospital de Cascais e de Braga, por forma a garantir uma solução totalmente operacional a 31.12.2018 e 31.08.2019, respetivamente, que assegure a continuidade dos cuidados de saúde às populações servidas por aqueles Hospitais e a legalidade plena do financiamento dos mesmos», sendo certo que «essa preparação terá que ser concertada com o Ministério das Finanças, em especial com a UTAP, e vai exigir esforço considerável às entidades do Ministério da Saúde que integrarem as Equipas de Projeto necessárias».
15. Na sequência da referida reunião de 19.02.2016, e sob a orientação dos respetivos Gabinetes, a ACSS e a UTAP, em articulação e com os contributos da ARSLVT e da ARSN

prepararam mapa de análise dos cenários de renovação ou não renovação destes contratos de PPP hospitalares (anexo 4).

16. A referida análise foi apresentada e apreciada em reunião de 26.02.2016 em que estiveram presentes os Senhores Ministro da Saúde, Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças e Secretário de Estado da Saúde, a UTAP, a ACSS, a ARSLVT e a ARSN.

17. No citado mapa, face às duas alternativas possíveis, A. Renovação ou B. Não Renovação, foram apresentados os dois cenários para a primeira alternativa e três cenários para a segunda. Sem prejuízo do maior detalhe resultante do mapa que constitui o anexo 4, relativamente a *vantagens, riscos e desvantagens, termos e condições, passos procedimentais principais para implementação do cenário, observações e plano alternativo de implementação*, procede-se de seguida à enunciação sumária desses cenários:

- Cenário A.1 - Renovação dos Contratos de Gestão do Estabelecimento Hospitalar, mantendo-se os exatos termos e condições dos mesmos como produzem atualmente os seus efeitos;
- Cenário A.2 - Renovação dos Contratos precedida de alterações ao clausulado contratual, operadas mediante modificação objetiva do Contrato, seguindo o regime legal do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, pressupondo 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, e renovação nos termos negociados;
- Cenário B.1 - Estudo, preparação e lançamento de uma nova parceria público-privada, na vertente de gestão do estabelecimento hospitalar (nos termos do artigo 9.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio);
- Cenário B.2 - Outro modelo de contratação de gestão clínica, concretizado pela implementação de um procedimento distinto do modelo de parceria público-privada;
- Cenário B.3 - Internalização dos serviços clínicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da implementação do mecanismo contratual de reversão do Estabelecimento Hospitalar para o Estado.



18. Ora, conforme destacado em Nota Interna do Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde, junta à agenda de trabalhos de 26.02.2016, e que merece o integral reconhecimento como orientação a prosseguir pela ACSS:

«A opção por qualquer 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.

Cumpra, 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 negociais.

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 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 abstrato são possíveis antecipar 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 público-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 no imediato».

19. Face ao exposto, e tendo em conta que o prazo para que o Estado avalie os referidos cenários, no sentido de optar entre a renovação do Contrato ou outra solução, termina em 31.12.2016 (Hospital de Cascais) e 31.08.2017 (Hospital de Braga), sendo essas as datas limite contratualmente estabelecidas para que Entidade Pública Contratante notifique as Entidades Gestoras do Estabelecimento respetivas da intenção de renovar o Contrato, torna-se, efetivamente, **premente a constituição de uma equipa técnica que proceda, num primeiro momento, à análise dos modelos possíveis e, num segundo momento, desenvolva todas as fases procedimentais necessárias à implementação e execução do modelo adotado.**
20. De referir que, **não obstante o Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, que tem por objeto a definição de normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, lançamento, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público privadas, não defina um processo específico para tal análise e decisão, entende-se dever observar-se o processo previsto no mesmo diploma para a contratação de uma nova parceria, ainda que adaptado aos objetivos agora pretendidos.**
21. Nesse sentido, no mapa de análise dos cenários, preparado pela ACSS, em conjunto com a UTAP e em articulação com a ARSLVT e a ARSN, foi já enunciado, em sede de *passos procedimentais principais para a implementação deste cenário*, que, para efeitos dos cenários de renovação (*qua tate* e precedido de modificação objetiva, respetivamente cenários A.1. e A.2) deveria ser constituído grupo de trabalho para estudo da solução e que, de forma a mitigar o risco de não concretização desta solução, o grupo de trabalho poderia ser criado como Equipa de Projeto nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, «que poderá desempenhar as duas funções (estudo e fundamentação do cenário de renovação do contrato e, no caso de este não funcionar, estudo e preparação do Cenário B, equivalente ao lançamento de um novo procedimento ou preparação de um processo de internalização dos serviços clínicos do SNS)».
22. Importa ter em conta que o artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, que aprovou o regime legal das parcerias público-privadas, estabelece que o processo se inicia com a apresentação de uma proposta devidamente fundamentada, por parte da entidade



que pretende dar início ao estudo e preparação do lançamento da parceria, ao membro do Governo responsável pela respetiva área, nos termos da qual se indique, nomeadamente o objeto da parceria, os objetivos que se pretende alcançar, a sua fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira do projeto.

23. Ainda de acordo com o regime definido naquele diploma, na sequência da referida proposta fundamentada, e caso o membro do Governo responsável pela área do projeto decida dar início ao processo, deve notificar o membro do Governo responsável pela área das finanças com vista à constituição de uma Equipa de Projeto, indicando desde logo, consoante a complexidade do processo, dois ou três membros efetivos e um ou dois suplentes, respetivamente, para integrar essa equipa.
24. Ora, considerando que, por um lado, o lançamento de um novo procedimento concursal é um dos cenários em concreto possíveis e que, por outro, a decisão sobre a escolha desta alternativa, os termos do lançamento do procedimento e respetivas condições devem ser precedidos de análise, acompanhada dos estudos necessários, de modo a aferir dos custos e benefícios de cada uma das alternativas avaliadas, e a identificar qual das alternativas melhor realiza o interesse público de saúde, tendo em conta preocupações de equilíbrio financeiro e sustentabilidade, bem como de *value for money* dos diferentes modelos em presença, **entende-se como vantajoso e mais adequado** – tanto mais atentos os prazos imperativos, emergentes e próximos a observar – **que a Equipa de Projeto seja constituída com um duplo objeto.**
25. **Assim, os trabalhos da Equipa devem, por um lado, permitir identificar os termos em que se pretende alterar os atuais Contratos de Gestão e, por outro, de modo a acautelar o cumprimento dos prazos, caso a decisão venha a ser de lançamento de um novo procedimento concursal, preparar os respetivos instrumentos concursais, em conformidade com o disposto na alínea e) do n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.**
26. Atenta a avaliação dos atuais Contratos e, em especial, **atenta a uniformidade que deve ser visada**, quer o processo seja de renovação precedida de modificação objetiva, nos termos que sejam legalmente admissíveis, quer o processo seja de lançamento de um novo

procedimento concursal, para o Hospital de Cascais e para o Hospital de Braga. **entende-se que a Equipa de Projeto, para efeitos de preparação de decisão de renovação ou de não renovação e de lançamento de novo procedimento concursal ou internalização no âmbito dos dois projetos deve ser a mesma.**

27. Assim, deixa esta Administração à consideração de V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, a proposta de atuação *infra* descrita.

## II. Proposta de atuação

28. No quadro do que antecede, adaptando o teor do regime do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, à situação ora em causa, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., vem pelo presente propor a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>,

- a) **A constituição de uma Equipa de Projeto** que, face à complexidade do presente processo e face ao disposto no artigo 9.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, se considera dever ser constituída por três membros efetivos indicados pelo Ministério da Saúde, um representante da ACSS, outro da ARSLVT e outro da ARSN, e dois suplentes.

Esta solução permitirá garantir o desenvolvimento de procedimentos similares, com a definição de requisitos e critérios comuns aplicáveis aos dois Contratos de Gestão em causa, garantindo que a decisão do Estado é tomada de forma igualitária relativamente às parcerias em causa, sem prejuízo, como referido, de as propostas de atuação a apresentar pela Equipa de Projeto poderem vir a ser diferentes para o Hospital de Cascais e para o Hospital de Braga.

- b) **A atribuição à referida Equipa de Projeto da responsabilidade por**, tendo presente as datas limite de 31.12.2016, quanto ao Hospital de Cascais e 31.08.2017, quanto ao Hospital de Braga, **identificar e avaliar tecnicamente os modelos possíveis de adotar**, de entre os já destacados *supra* ou outros que venham a ser equacionados, **propondo a final o modelo que, face à**

**inexistência de alternativas equiparáveis dotadas de maior eficiência técnica ou de maior racionalidade económica e financeira, se considere ser de adotar**, proposta devidamente fundamentada do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, visando a melhor prossecução do interesse público e tendo sempre por base os procedimentos e pressupostos previstos no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, nos termos defendidos por esta Administração Central e pela UTAP e que respeitam as orientações das suas tutelas ministeriais.

Em face dessa análise e estudos dos diferentes cenários, a Equipa de Projeto poderá, o que se entende por adequado e assim se recomenda e deixa à consideração, submeter o processo a uma decisão política intercalar, que determine qual o cenário a escolher, de modo a que sejam finalizados os elementos próprios da implementação do cenário escolhido.

Sem prejuízo, e de forma a acautelar o cumprimento dos prazos caso a decisão venha a ser de lançamento de um novo procedimento concursal, os trabalhos da Equipa de Projeto devem ser conduzidos de modo a que seja possível simultaneamente identificar os termos em que se pretende alterar os atuais Contratos de Gestão (nos termos que sejam estritamente compatíveis com as regras de modificação objetiva das parcerias e da concorrência e contratação públicas) e preparar os respetivos instrumentos de concurso, em conformidade com o disposto na alínea e) do n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

- c) **A atribuição à Equipa de Projeto da responsabilidade por, tomada a decisão política intercalar, desenvolver todas as ações e procedimentos que se revelem necessários à implementação do modelo proposto**, tendo em conta que as ações e procedimentos a desenvolver serão, em parte, diferentes:



- i) Renovação sem prévia negociação: compete à Equipa de Projeto elaborar os documentos necessários à renovação do Contrato *tout court*;
- ii) Renovação com prévia negociação: compete à Equipa de Projeto desenvolver o procedimento definido no artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, e assim representar o Estado na negociação com o parceiro privado, negociar as soluções e medidas que considere mais consentâneas com a defesa do interesse público, elaborar o projeto de relatório a submeter à aprovação superior, devendo no mesmo fundamentar os consensos obtidos e ou as soluções que propõe, e apresentar as minutas dos instrumentos jurídicos que se revelem necessárias à conclusão do processo negocial;
- iii) Estudo e preparação do lançamento de uma nova parceria: compete à Equipa de Projeto desenvolver os trabalhos preparatórios necessários àquele lançamento, designadamente e em conformidade com o artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.
  - o Elaborar a justificação do modelo a adotar, demonstrando a inexistências de alternativas equiparáveis dotadas de maior eficiência técnica e operacional ou de maior racionalidade económica e financeira;
  - o Elaborar o estudo estratégico e económico-financeiro de suporte ao lançamento da parceria;
  - o Demonstrar a comportabilidade orçamental da parceria, tendo, designadamente, em consideração os encargos brutos gerados;
  - o Propor as soluções e medidas que considere mais consentâneas com a defesa do interesse público;
  - o Demonstrar a verificação de todos os pressupostos previstos no artigo 6.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 111/2012.

Bem como,

- o Elaborar as minutas dos instrumentos jurídicos para a realização do procedimento prévio à contratação, entre eles o programa de procedimento e o caderno de encargos

- Promover uma eficaz articulação entre as entidades envolvidas, com vista a imprimir maior celeridade e eficácia à respetiva ação;
  - Colaborar com as entidades incumbidas da fiscalização e acompanhamento global das parcerias;
  - Elaborar relatório fundamentado, que inclua a análise, nomeadamente da conformidade da versão definitiva do projeto de parceria com o disposto no artigo 6.º, n.º 1 e no artigo 7.º do referido Decreto-Lei, devendo ainda incluir a quantificação, designadamente, dos encargos brutos, diretos e indiretos, para o setor público, bem como o impacto potencial dos riscos, direta ou indiretamente, afetos ao setor público.
- iv) Outra solução que, nos termos do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, se tenha configurado como modelo de contratação suscetível de apresentar vantagens para o setor público: compete, também neste caso à Equipa de Projeto, elaborar a justificação do modelo a adotar, o estudo estratégico e económico-financeiro de suporte à solução; verificar da sua comportabilidade orçamental, bem como as soluções e medidas que considere mais consentâneas com a defesa do interesse público, mais lhe competindo elaborar as minutas dos instrumentos jurídicos para a realização do procedimento prévio à contratação, entre eles o programa de procedimento e o caderno de encargos;
- v) Reversão: acompanhar e preparar todos os documentos necessários à decisão de reversão, antecipando problemas e vicissitudes que se possam vir a verificar.

### III. Dos elementos da Equipa de Projeto a indicar pelo Ministério da Saúde



29. Em conformidade com o exposto no número anterior da presente comunicação, esta Administração deixa, assim, à decisão de V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> que seja considerada a constituição de uma Equipa de Projeto e que a mesma seja proposta pelo Senhor Ministro da Saúde, em conformidade com o n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, ao Senhor Ministro das Finanças com os seguintes membros efetivos e suplentes por parte do Ministério da Saúde:

*Membros Efetivos:*

Marta Temido, em representação da ACSS,

João Matos, em representação da ARSLVT,

Pedro Esteves, em representação da ARSN

*Membros Suplentes*

Pedro Miranda, em representação da ACSS,

Alexandra Xardoné, em representação da ARSLVT.

**IV. Elementos a considerar no desenvolvimento dos trabalhos pela Equipa de Projeto, já disponíveis e a disponibilizar**

30. Quanto aos elementos já disponíveis, importa salientar os documentos constantes dos anexos 1, 2 e 3 à presente comunicação e referidos nos termos *supra* nos pontos 11 e 12 desta, bem como outros que a seguir se identificarão.

31. Assim, quanto ao Hospital de Braga e ao Relatório do *Value for Money* da PPP Hospitalar na vertente clínica, apresentado a esta Administração Central pela ARSN, na qualidade de entidade designada para efeitos desse acompanhamento, refira-se que o mesmo foi preparado «com vista à determinação do *Value for Money* da gestão clínica da Parceria Público Privada do Hospital de Braga» e compara este Hospital, no período de 2011-2013, «com as unidades que integram o seu grupo de referência – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Centro Hospitalar Tondela/Viseu e Hospital de Garcia, para efeitos de determinação da sua Economia, Eficiência e Eficácia, face às unidades hospitalares em comparação», sendo as conclusões do estudo «favoráveis nos domínios apontados à

- performance do Hospital de Braga relativamente aos outros hospitais utilizados na comparação, sendo reconhecidos ganhos financeiros importantes para o Estado no âmbito desta Parceria» (anexo 1).
32. O referido estudo visou avaliar a economia, eficácia e eficiência da PPP (cf. página 6 do estudo), tendo concluído favoravelmente.
33. Ora, em sede da aferição da "Economia da Parceria", o estudo conclui que «a PPP do Hospital de Braga tem vindo a gerar poupanças muito significativas para o erário público, conforme se pode comprovar pelo facto de os encargos unitários do Hospital de Braga terem sido inferiores face à média dos hospitais do Grupo de Referência, em 21,4% em 2011, em 24,1% em 2012 e em 19,3 em 2013» (cf. páginas 28 e 29 do estudo), considerando, pois, como demonstrada a Economia da PPP (cf. página 47 do estudo).
34. Na análise da "Eficiência da Parceria", o estudo conclui que «atendendo aos resultados positivos e genericamente superiores aos registados nos hospitais do Grupo de Referência que foram obtidos pelo Hospital de Braga, no que respeita aos níveis de produtividade dos recursos humanos, à demora média no internamento, à taxa de reinternamentos de utentes em 30 dias, à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias e aos custos operacionais por doente padrão ajustado» «se encontra demonstrada a Eficiência da PPP do Hospital de Braga» (cf. página 47 do estudo), sendo «os custos operacionais globais no Hospital de Braga inferiores, em valores absolutos, àqueles que teriam ocorrido aos custos unitários médios dos hospitais de referência de cerca de 26,9 milhões de euros e de 21,6 milhões de euros», quanto aos anos de 2012 e 2013 respetivamente (cf. página 47 do estudo).
35. O estudo concluiu igualmente estar «demonstrada a Eficácia da PPP do Hospital de Braga», dado que este estabelecimento hospitalar «tem vindo a atingir os objetivos definidos em termos das respostas às necessidades de cuidados de saúde da população da área de influência», sendo «os encargos associados à PPP de Braga» «inferiores àqueles que resultariam da aplicação dos custos reais de atividade da maioria dos hospitais que integram o Grupo de Referência» (cf. página 48 do estudo).



36. No que respeita ainda ao Hospital de Braga, salienta-se, e assim se entende que seja elemento a considerar para efeitos de elementos disponíveis para a fase de avaliação visada a encetar pela Equipa de Projeto a constituir, o documento n.º 3 junto ao presente ofício, nos termos do qual a ARSN avalia do funcionamento da parceria nas áreas do Serviço Prestado, Relacionamento com a Entidade Gestora e Execução do Contrato, apontando as dificuldades presentemente sentidas pela Equipa de Gestão do Contrato e algumas possibilidades de melhoria do Contrato de Gestão.
37. No que respeita ao Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, entende-se constituir elemento de ponderação no início dos trabalhos a encetar pela Equipa de Projeto o documento apresentado pela ARSLVT acima referido (anexo 2).
38. Ainda quanto à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, anexa-se também descrição dos encargos pagos à Entidade Gestora do Estabelecimento nos anos de 2009 a 2013, remetida pela ARSLVT a esta Administração Central no dia 10.03.2016 (anexo 5).
39. Acresce também notar, no âmbito do acompanhamento da execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais em parceria público-privada, designadamente, o Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas – Relatório n.º 11/2014 - 2ª Secção, Processo n.º 24/2012 – Audit (anexo 6) destacando-se em especial, designadamente, as conclusões em sede de *Ponto 1.7. Comparação do Hospital de Cascais com outros Hospitais EPE*: «Comparando com outros hospitais do SNS, o desempenho do Hospital de Cascais foi idêntico ao do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE que apresentou os melhores indicadores ao nível dos doentes saídos por cama, demora média no internamento e qualidade da assistência. Foi também dos que apresentou custos unitários diretos das linhas de produção da urgência e do internamento mais baixos, bem como o menor peso das remunerações pagas sob a forma de horas extraordinárias» (cf. página 31 do Volume I do referido Relatório); «Foi nos gastos com pessoal que o Hospital de Cascais revelou ser mais eficiente ao registar o custo mais baixo, € 1.460 por doente padrão, o que revela um potencial de melhoria desta rubrica» (cf. página 32 do Volume I do referido Relatório).
40. Propõe-se que seja solicitada a remessa pela ARSLVT e pela ARSN de todos os relatórios por entidades fiscalizadoras (v.g. Tribunal de Contas, Inspeção-Geral de Finanças, Inspeção-



Geral das Atividades em Saúde) emitidos a propósito da execução respetivamente do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais e do Contrato de Gestão do Hospital de Braga e que os mesmos venham a ser considerados no âmbito dos trabalhos a desenvolver pela Equipa de Projeto.

41. Entre os elementos enunciados pela ARSLVT como modificações a ponderar introduzir ao Contrato (anexo 2) e que ditariam, para conformidade com as regras de contratação pública nacionais e comunitárias, a necessidade de lançamento de novo procedimento concursal constam três aspetos importantes e que assim se salientam:
- A realização da prestação de cuidados a doentes com VIH/Sida a incluir no objeto do Contrato de Gestão, integrando a especialidade de Infeciologia o Perfil Assistencial do Hospital de Cascais;
  - A prestação de cuidados de oncologia no Hospital de Dia Médico no Hospital de Cascais, fazendo cessar os termos da atual prestação que obrigam à referenciação para atividade de Hospital de Dia dos utentes da Área de Influência de Cascais para o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE;
  - A integração da atividade de psiquiatria comunitária na prestação de cuidados de saúde de psiquiatria a realizar no Hospital de Cascais.
42. Para a ponderação destes três aspetos em particular, que respeitam à atividade clínica e ao modelo assistencial a adotar para o Hospital de Cascais, propõe esta Administração que sejam solicitados às entidades competentes no âmbito do Ministério da Saúde os necessários pareceres técnicos e especializados, com caráter de urgência, e que os mesmos sejam depois apresentados à Equipa de Projeto para consideração no âmbito dos trabalhos a realizar.
43. A ARSN salientou ainda, na troca de correspondência havida para efeitos de preparação do mapa de suporte à reunião de 26.02.2016 (anexo 4), a necessidade de avaliação do *value for money* da solução de gestão clínica, pública ou privada, o que se entende dever ser desenvolvido no contexto dos trabalhos a realizar pela Equipa de Projeto.

44. Aliás, nesta fase de avaliação, não dispõe a ACSS dos elementos, designadamente, de fundamentação económica e respetiva viabilidade financeira do projeto a que aludem o artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, considerados para efeitos de início de processo de contratação de parceria. No entanto, atenta a especificidades destes dois projetos – em fase de decisão de renovação ou não – e o preconizado quanto ao objeto dual do funcionamento da Equipa de Projeto, entende a ACSS que os trabalhos da referida equipa devem começar desde já e, no âmbito do seu funcionamento, ser preparados e concluídos os estudos necessários para efeitos do cumprimento das suas competências, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.
45. Por fim, cumpre salientar que, nos termos da Nota Interna do Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde que constitui documento de apoio à reunião de 19.02.2016, nos termos *supra* descritos, seria solicitada, em conformidade com o Programa do XXI Governo Constitucional, uma avaliação externa independente sobre as PPP na área hospitalar, a realizar pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), de acordo com as suas atribuições, nos termos do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. Ora, também quanto a este aspeto, se entende que os trabalhos da Equipa de Projeto devem ser iniciados desde já, beneficiando depois dos resultados e ponderação que o estudo da ERS venha a ditar

## V. Conclusões

- 1.ª – Propõe-se que, com caráter de urgência, atentos os prazos de notificação das Entidades Gestoras do Estabelecimento do Hospital de Cascais e do Hospital de Braga, respetivamente de 31.12.2016 e de 31.08.2017, quanto ao sentido de decisão – renovação ou não renovação dos atuais Contratos de Gestão em parceria público-privada – seja constituída Equipa de Projeto, nos termos e em conformidade com o disposto no Decreto-Lei n.º 111/2013, de 23 de maio.
- 2.ª – Propõe-se que a Equipa de Projeto seja constituída com objeto dual, nos termos *supra* expostos, com vista a identificar e avaliar tecnicamente os cinco cenários preconizados, de A. Renovação ou B. Não Renovação, e a desenvolver as fases procedimentais de implementação e execução do modelo a adotar.



3.ª – Caso a presente proposta mereça a concordância do Senhor Secretário de Estado da Saúde, propõe-se a notificação do Ministério das Finanças, nos termos do n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, para dar início à constituição da Equipa de Projeto e que sejam, desde logo, identificados os membros efetivos e suplentes representantes do Ministério da Saúde para integrar essa equipa, conforme acima descrito.

4.ª – Propõe-se ainda que seja solicitada à ARSLVT e à ARSN a remessa de todos os relatórios realizados por entidades fiscalizadoras (v.g. Tribunal de Contas, Inspeção-Geral de Finanças, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde) emitidos a propósito da execução, respetivamente, do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais e do Contrato de Gestão do Hospital de Braga, bem assim como a remessa de uma síntese da avaliação anual do desempenho da EGEST de Cascais e de Braga, em sede de Relatório Anual de Avaliação respetivo, desde o início de cada PPP, e que os mesmos venham a ser considerados no âmbito dos trabalhos a desenvolver pela Equipa de Projeto.

5.ª – Mais se propõe que sejam solicitados os pareceres técnicos e estudos referidos nos n.ºs 41 a 44 do presente ofício, mas que, atenta a urgência face aos prazos contratualmente previstos e para não comprometer a ponderação na adequada tomada de decisão pelo Estado, os trabalhos da Equipa de Projeto se iniciem logo que aprovada a sua constituição.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho Diretivo

(Marta Temido)



Anexos: 6 documentos

Anexo 1 – Ofício n.º GC/2015/144, de 09.09.2015, da ARSN;

Anexo 2 – Informação “Hospital de Cascais – Contrato de Gestão em parceria público-privada – extinção por caducidade, renovação, modificação objetiva do contrato ou abertura de novo procedimento concursal, de 15.02.2016, da ARSLVT;

Anexo 3 – Informação “*Funcionamento da Parceria Público-Privada do Hospital de Braga (Entidade Gestora do Estabelecimento) e o valor acrescentado pelo serviço prestado*”, de 23.02.2016, da ARSN;

Anexo 4 – Mapa de análise dos cenários de Renovação e Não Renovação dos Contratos de PPP hospitalares do Setor da Saúde, remetido para efeitos da reunião de 26.02.2016 e preparado pela ACSS e pela UTAP, em articulação e com os contributos da ARSLVT e da ARSN;

Anexo 5 – Mapa dos encargos pagos à Entidade Gestora do Estabelecimento do Hospital de Cascais nos anos de 2009 a 2013, de 10.03.2016 remetida, da ARSLVT;

Anexo 6 – Relatório n.º 11/2014 - 2ª Secção, Processo n.º 24/2012 – Audit., Relatório do Tribunal de Contas à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais.





# ANEXO I





Exmo. Senhor  
Dr. Rui Santos Ivo  
Presidente do Conselho Diretivo  
Administração Central do Sistema de  
Saúde, IP  
Av. João Crisóstomo, n.º 11  
1250-015 LISBOA

**N/Referência: GC/2015/144**

**Data: 9 de setembro de 2015**

**Assunto: Análise do *Value for Money* da gestão clínica da Parceria Público Privada do Hospital de Braga**

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Diretivo da ACSS,

Com vista à determinação do *Value for Money* da gestão clínica da Parceria Público Privada do Hospital de Braga foi realizado o estudo em anexo, onde aquele estabelecimento hospitalar é, para o período 2011-2013, comparado com as unidades que integram o seu grupo de referência - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Centro Hospitalar Tondela/Viseu e Hospital Garcia de Orta, para efeitos de determinação da sua Economia, Eficiência e Eficácia, face às unidades hospitalares de comparação.

As conclusões são favoráveis, nos domínios apontados, à performance do Hospital de Braga relativamente aos outros hospitais utilizados na comparação, sendo reconhecidos ganhos financeiros importantes para o Estado no âmbito desta Parceria.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Álvaro Almeida  
Presidente C. D.

**HOSPITAL DE BRAGA EM PARCERIA  
PÚBLICO PRIVADA**

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO *VALUE FOR MONEY*  
DA PPP HOSPITALAR NA VERTENTE CLÍNICA**

**29 DE JULHO DE 2015**

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
1.1. Objetivos e conteúdo do Relatório .....	6
1.2. Fontes de informação utilizadas.....	7
<b>2. AVALIAÇÃO DO VALUE FOR MONEY: "ECONOMIA, EFICIÊNCIA E EFICÁCIA" .....</b>	<b>10</b>
2.1. Principais conceitos .....	10
2.2. Período de análise.....	11
2.3. Breve caracterização do Grupo de Referência.....	11
2.4. A Economia da Parceria .....	17
2.4.1. Abordagem metodológica .....	17
2.4.2. Cálculo dos doentes padrão ajustados.....	18
2.4.3. Encargos anuais da PPP do Hospital de Braga .....	23
2.4.4. Encargos anuais do Grupo de Referência na vertente clínica.....	25
2.4.5. Encargos anuais por doente padrão ajustado e poupança .....	27
2.5. A Eficiência da Parceria.....	29
2.5.1. Abordagem metodológica .....	29
2.5.2. Produtividade dos Recursos Humanos .....	30
2.5.3. Demora média.....	35
2.5.4. Taxa de reinternamentos em 30 dias .....	35
2.5.5. Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias .....	36
2.5.6. Custos operacionais da prestação de serviços clínicos.....	37
2.6. A Eficácia da Parceria .....	39
2.6.1. Abordagem metodológica .....	39
2.6.2. Quantidade dos cuidados de saúde .....	40
2.6.3. Qualidade dos cuidados de saúde .....	43
<b>3. CONCLUSÃO.....</b>	<b>47</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Áreas de Influência e unidades hospitalares .....	12
Tabela 2 – Perfil assistencial do Hospital de Braga e dos hospitais do Grupo de Referência .....	14
Tabela 3 – Lotação e níveis de atividade em 2013 .....	15
Tabela 4 – Índice de Complexidade em 2013 .....	16
Tabela 5 – Apuramento dos doentes padrão ajustados do Hospital de Braga e dos hospitais do Grupo de Referência .....	21
Tabela 6 – Desagregação dos encargos suportados pelo SNS com o Hospital de Braga .....	23
Tabela 7 – Encargos suportados pelo SNS, Terceiros Pagadores e Utentes com o Hospital de Braga .....	25
Tabela 8 – Custos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência na vertente clínica.....	27
Tabela 9 – Economia: Encargos suportados por doente padrão ajustado (Hospital de Braga vs. Grupo de Referência) .....	28
Tabela 10 – Estrutura de pessoal do Hospital de Braga e dos hospitais do Grupo de Referência .....	31
Tabela 11 – Indicadores de produtividade dos recursos humanos .....	32
Tabela 12 – Demora Média (Hospital de Braga vs hospitais do Grupo de Referência).....	35
Tabela 13 – Encargos operacionais da EGEST do Hospital de Braga .....	37
Tabela 14 – Eficiência: Encargos operacionais gerados por doente padrão ajustado (Hospital de Braga vs. Grupo de Referência).....	38
Tabela 15 – Produção Efetiva vs Produção Prevista do Hospital de Braga (2011 a 2013) .....	40
Tabela 16 – Utentes da Produção Efetiva fora da área de influência e fora do serviço público de saúde .....	43
Tabela 17 – Avaliação do Desempenho Anual da EGEST do Hospital de Braga .....	44

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Doentes padrão por Médico ETC (ACSS).....	34
Figura 2 – Doentes padrão por Enfermeiro ETC (ACSS).....	34
Figura 3 – Taxa de reinternamento em 30 dias (ACSS).....	36
Figura 4 – Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias (ACSS).....	36

## Glossário de siglas e abreviaturas

Sigla	Descrição
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AI	Área de influência
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
CEVC	Custo das Existências Vendidas e Consumidas
CHTMAD	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
DPN	Diagnóstico Pré Natal
EGED	Entidade Gestora do Edifício
EGEST	Entidade Gestora do Estabelecimento
EPC	Entidade Pública Contratante
ETC	Efetivo a Tempo Completo (40 horas semanais)
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
GDH	Grupo Diagnóstico Homogéneo
HGO	Hospital Garcia da Orta, EPE
HSM	Hospital de São Marcos
HBraga	Hospital de Braga
ICM	Índice de Complexidade
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
NEH	Novo Edifício Hospitalar
PPP	Parceria Público-Privada
PCSNS	Parcela a Cargo do Serviço Nacional de Saúde
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS	Serviço Nacional de Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Objetivos e conteúdo do Relatório

O Contrato de Gestão do Hospital de Braga em PPP foi celebrado em 05 de Fevereiro de 2009 tendo como objeto a conceção, o projeto, a construção, o financiamento, a manutenção e a exploração do Hospital Braga e a sua gestão clínica, incluindo ainda atividades específicas relacionadas com a promoção e prevenção da saúde no âmbito do SNS, realizadas através do Estabelecimento Hospitalar Integrado na rede de prestação de cuidados de saúde.

O referido Contrato foi outorgado pela ARSN, na qualidade de Entidade Pública Contratante, e por duas sociedades de fim específico denominadas Entidade Gestora do Estabelecimento e Entidade Gestora do Edifício, constituídas pelos membros do agrupamento concorrente vencedor do procedimento concursal. O Contrato de Gestão tem um prazo de 10 e de 30 anos para a prestação de serviços clínicos e de serviços infraestruturais, respetivamente, contados da data de assinatura do Contrato de Gestão. A Transmissão do Estabelecimento Hospitalar veio a ocorrer a 01 de Setembro de 2009 após obtenção de visto prévio do Tribunal de Contas, ficando a prestação de serviços clínicos no antigo hospital (Hospital de São Marcos) a cargo da EGEST ao longo do período de construção do Novo Hospital pela EGED que terminou em Fevereiro de 2011, iniciando-se a prestação de serviços clínicos integralmente nas novas instalações em Maio desse ano.

O *Value for Money* da PPP do Hospital de Braga foi, nos termos legalmente previstos, avaliado no âmbito do procedimento concursal para efeitos de seleção do parceiro privado e da tomada de decisão de adjudicação do Contrato de Gestão pelo Estado. Não obstante, a avaliação da existência de *Value for Money* apenas pode ser efetuada de forma conclusiva na atual fase de execução do Contrato, mediante a avaliação dos encargos efetivamente suportados e dos resultados efetivamente obtidos.

Neste contexto, o presente Relatório foi elaborado pelo Banco BPI em resposta à solicitação efetuada pela ARSN de avaliação do *Value for Money* da PPP do Hospital de Braga na vertente clínica considerando a informação atualmente disponível relativamente à execução da PPP. O objetivo consiste, assim, em aferir se a opção pela via da parceria em detrimento da implementação direta pelo Estado tem vindo a conduzir à obtenção de uma solução mais

económica, eficiente e eficaz face à alternativa de desenvolvimento direto pela entidade pública, ou seja, se a PPP permite a obtenção de *Value for Money* na ótica do Estado.

A análise desenvolvida no presente Relatório permite ainda proceder à verificação da condição de *benchmarking* de encargos da parceria face aos custos gerados pelos Hospitais do Grupo de Referência prevista nos n.ºs 4.5 a 4.8 do Anexo VII (Remuneração da EGEST) ao Contrato de Gestão. Esta disposição contratual estabelece, genericamente, que os preços do Contrato do Hospital de Braga devem ser reduzidos de forma *proporcional e uniforme* caso num determinado ano se verifique que os encargos associados à PPP de Braga são superiores àqueles que resultariam da aplicação dos custos reais de atividade da maioria dos hospitais que integram o Grupo de Referência.

Salienta-se, por último, que os resultados obtidos ao nível da avaliação da existência de *Value for Money* podem auxiliar na tomada de decisão pelo setor público quanto à renovação, ou não, e em caso afirmativo em que termos, do Contrato de Gestão do Hospital de Braga na parte relativa à componente de Serviços Clínicos que, nos termos previstos na Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão, deve ocorrer até dois anos antes do fim do Contrato de Gestão, ou seja, até final do mês de Agosto de 2017.

Neste contexto, o presente Relatório encontra-se estruturado nos seguintes 4 capítulos:

- (i) No Capítulo 1 (Introdução), apresentam-se os objetivos, conteúdo e fontes de informação do Relatório;
- (ii) No Capítulo 2 (Avaliação do *Value for Money*) descreve-se a abordagem metodológica adotada na avaliação das 3 vertentes do *Value for Money*, apresentam-se os cálculos efetuados e analisam-se os resultados obtidos; e
- (iii) No Capítulo 3 (Conclusão), sistematizam-se as principais conclusões da análise desenvolvida no presente Relatório concluindo-se quanto à existência, ou não, de *Value for Money* na execução da PPP do Hospital de Braga.

## **1.2. Fontes de informação utilizadas**

Para efeitos de desenvolvimento da análise constante da presente Nota, o Banco BPI elaborou uma listagem com a informação necessária, a qual foi recolhida pela ARSN junto da ACSS e das

Administrações das unidades hospitalares pertencentes ao Grupo de Referência do Hospital de Braga. As principais fontes de informação utilizadas pelo BPI foram as seguintes:

- (i) Clausulado do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em PPP e respetivos anexos;
- (ii) Perfil assistencial e dimensionamento:
  - Informação disponibilizada pelos hospitais do Grupo de Referência do Hospital de Braga e elementos constantes do Portal da Saúde e dos Relatórios e Contas dos referidos hospitais relativamente ao dimensionamento e à carteira de serviços clínicos;
  - Informação constante do Anexo I do Contrato de Gestão relativamente ao perfil assistencial e ao dimensionamento do Hospital de Braga em PPP.
- (iii) Atividade Assistencial:
  - Base de Dados Nacional de GDH, para os anos de 2011 a 2013;
  - Atividade de radioterapia fornecida pelo CHTMAD, uma vez que o número de tratamentos não se encontra codificado na Base de Dados GDH sendo esta atividade remunerada por tratamentos complexos e simples;
  - Relatórios e Contas dos hospitais do Grupo de Referência, para os anos de 2011 a 2013, relativamente à atividade de consulta externa (no caso do HGO foram expurgadas as consultas externas de medicina do trabalho), urgência (exceto no caso do CHTMAD em que foi utilizada informação fornecida pelo hospital) e hospital de dia;
  - Atividade elegível no âmbito do apuramento dos pagamentos de reconciliação do Hospital de Braga relativamente às linhas de atividade de consulta externa, urgência e hospital de dia, entre 2011 e 2013.
- (iv) Encargos e custos associados à prestação de serviços clínicos nas diversas unidades hospitalares:
  - Relatórios e Contas, balancetes analíticos da contabilidade geral e demonstrações financeiras dos hospitais EPE incluídos no Grupo de Referência, entre 2011 e 2013;
  - Mapas de fluxos financeiros do Hospital de Braga, contendo a descrição e quantificação dos encargos suportados pela ARSN (líquidos de fluxos financeiros a favor da ARSN) relativos à atividade assistencial desenvolvida pelo Hospital de Braga, entre 2011 e 2013; e
  - Atas de fecho de contas anuais entre a ARSN e a EGEST relativas aos anos de 2011 a 2013.
- (v) Produtividade dos recursos humanos:
  - Balanços sociais e inventários de pessoal do Hospital de Braga a 31 de dezembro de 2011, 2012 e 2013;

- 
- Balanços sociais dos Hospitais do Grupo de Referência a 31 de dezembro de 2011, 2012 e 2013;
  - Informação constante do *microsite* de *benchmarking* hospitalar da ACSS relativa a doentes padrão por médico ETC e por enfermeiro ETC para os anos de 2013 e 2014.
- (vi) Indicadores constantes do *microsite* de *benchmarking* hospitalar da ACSS para 2013 e 2014 relativos a taxas de reinternamento em 30 dias, à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias e à taxa de cirurgia de ambulatório em procedimentos ambulatorizáveis.
- (vii) Informação constante dos Relatórios Anuais de Avaliação de Desempenho da EGEST para os anos de 2011, 2012 e 2013.

Muito embora tenha sido solicitada pelo BPI, não foi possível obter informação relativamente a:

- (i) Contabilidade analítica dos hospitais EPE entre 2011 e 2013 com desagregação por área de atividade hospitalar, a qual tinha como objetivo proceder, sempre que necessário e a informação o permitisse, a ajustamentos nos encargos em áreas de atividade eventualmente suscetíveis de distorcer a comparabilidade entre o Hospital de Braga e os Hospitais do Grupo de Referência, como sendo, a título exemplificativo, a hemodiálise e a radioterapia que não integram o perfil assistencial de todas as unidades hospitalares em análise (conforme análise apresentada no ponto 2.3 do presente Relatório)<sup>1</sup>.
- (ii) Contabilidade analítica dos centros hospitalares para 2011, 2012 e 2013 com repartição por unidade hospitalar, o que permitiria centrar a análise de *benchmarking* apenas nas unidades hospitalares comparáveis com o Hospital de Braga, ou seja, o Hospital de Vila Real relativamente ao CHTMAD e o Hospital de São Teotónio relativamente ao CHTV (conforme ponto 2.3).
- (iii) Desagregação dos encargos operacionais constantes dos balancetes analíticos da contabilidade geral dos Hospitais do Grupo de Referência entre componente clínica e componente infraestrutural no que respeita à conta de CEVC 6166 (Material de manutenção e conservação), às contas de FSE 6221911 (Rendas e Alugueres – Edifícios) e 62232 (Conservação e reparação) e à conta de Amortizações do Exercício 6622 (Edifícios e outras construções).

---

<sup>1</sup> Muito embora tenha sido recolhida informação pela ARSN relativamente à Contabilidade Analítica, verifica-se que a mesma não se encontra em formato perceptível no caso do CHTMAD, e no que diz respeito ao HGO e ao CHTV a informação apenas apresenta, para cada serviço, o valor dos custos diretos e dos custos indiretos, não incluindo a repartição destes custos por rubrica e subrubrica de custo (no caso dos diretos) e por serviços de apoio clínico e geral (no caso dos indiretos), o que impossibilitou o desenvolvimento da análise pretendida.

## 2. AVALIAÇÃO DO VALUE FOR MONEY: "ECONOMIA, EFICIÊNCIA E EFICÁCIA"

### 2.1. Principais conceitos

O motivo pelo qual a entidade pública opta pela via da parceria é a perspectiva de obter uma solução mais económica, eficiente e eficaz, do que aquela que resultaria se a atividade objeto da parceria fosse desenvolvida diretamente pela entidade pública, ou seja, a obtenção de Valor Acrescentado, na ótica do erário público (*Value for Money*).

Na medida em que as PPP têm impactos significativos no perfil e nas características da despesa pública, é de extrema importância, não só a avaliação do potencial de criação de *Value for Money* no momento da adjudicação de um projeto PPP, mas também a garantia de que a obtenção de valor acrescentado se mantém ao longo do ciclo de vida das PPP.

Neste sentido, analisam-se seguidamente os denominados "3 Es":

- A Economia da parceria que pressupõe a minimização dos encargos para o Estado, o que neste caso pode ser aferido mediante a comparação entre os encargos suportados pelo Estado com a prestação de cuidados de saúde pelo Hospital de Braga em PPP e os encargos que estariam previsivelmente associados a esses mesmos cuidados de saúde hospitalares caso fossem desenvolvidos diretamente pelo setor público (ponto 2.4 seguinte);
- A Eficiência da parceria que consiste numa gestão de recursos adequada ao cumprimento dos objetivos e resultados pretendidos, nomeadamente através da utilização ótima dos meios humanos e materiais utilizados, promovendo níveis de eficiência superiores aos da alternativa de gestão pública (ponto 2.5 seguinte);
- A Eficácia da parceria que consiste na obtenção dos resultados desejados, pressupondo, para tal, a incorporação de mecanismos de controlo eficazes que permitam uma permanente avaliação de resultados por parte dos utentes e do sector público (ponto 2.6 seguinte).

No que respeita à avaliação da Economia e da Eficiência da PPP do Hospital de Braga, a análise de *benchmarking* desenvolvida no presente Relatório é efetuada por comparação com os hospitais selecionados pela ARSN para integrar o Grupo de Referência do Hospital de Braga em

PPP, dada a maior garantia de comparabilidade face ao Hospital de Braga e de disponibilidade da informação necessária (conforme ponto 2.3 do presente capítulo).

## 2.2. Período de análise

No que respeita ao período de avaliação do *Value for Money* da PPP, optou-se, na maioria dos casos, por considerar a informação histórica disponível para o Hospital de Braga e para os três hospitais do Grupo de Referência relativamente aos anos de 2011, 2012 e 2013, uma vez que:

- (i) O objetivo consiste em aferir o *Value for Money* da prestação de serviços no novo edifício hospitalar cuja construção ficou concluída em Fevereiro de 2011. Considerou-se, assim, 2011 como primeiro ano de análise, muito embora os resultados relativos a este exercício devam ser analisados com as necessárias reservas, uma vez que a prestação de cuidados de saúde hospitalares ocorreu ainda no antigo Hospital de São Marcos durante cerca de 5 meses, até Maio de 2011, com preços unitários mais elevados e condições infraestruturais e de equipamentos mais desfavoráveis. Acresce que o processo de transferência da atividade clínica e de adaptação ao novo edifício hospitalar é necessariamente complexo e tem impactos na eficiência da operação clínica.
- (ii) Não foi possível analisar a informação mais recente relativa ao ano de 2014, devido, não só ao facto de não estar ainda encerrado o processo respeitante ao apuramento do pagamento de reconciliação do Hospital de Braga de 2014, como também à indisponibilidade de contas encerradas para o ano de 2014 relativamente aos hospitais EPE.

Não obstante, utilizaram-se sempre que possível os dados mais recentes disponíveis, nomeadamente no que respeita aos indicadores constantes do *microsite de benchmarking* da ACSS, em que se utilizou a informação disponível relativa aos anos de 2013 e de 2014.

## 2.3. Breve caracterização do Grupo de Referência

O n.º 2 e o n.º 3 da Cláusula 43.ª do Contrato de Gestão (Grupo de Referência), estabelecem que:

2. (...) consideram-se hospitais comparáveis com o Hospital de Braga aqueles que reúnam, cumulativamente, as seguintes condições:
  - a) Serem dotados de urgência polivalente ou outra classificação equivalente;

- b) Possuírem um número de camas situado num intervalo correspondente a menos 35% e a mais 35% do que o número médio de camas instalado no Hospital de Braga nos dois anos anteriores;
- c) Registarem um número de Episódios de Internamento situado numa banda de 50% acima ou abaixo da média do número de Episódios de Internamento do Hospital de Braga verificados nos dois anos anteriores;
- d) Registarem um Índice de case-mix situado numa banda de 35% acima ou abaixo do índice de complexidade médio do Hospital de Braga verificado nos dois anos anteriores.
3. De entre os hospitais comparáveis seleccionados nos termos do número anterior, são escolhidos, pela Entidade Pública Contratante, para Grupo de Referência, os hospitais, em número a definir pela Entidade Pública Contratante, que esta considere mais eficientes.

Neste contexto, a ARSN analisou os indicadores de lotação, número de episódios de internamento e índice de case mix fornecidos pela ACSS para os anos de 2012 e de 2013 relativamente às unidades hospitalares públicas com urgência polivalente e, após aplicação dos critérios de seleção contratualmente definidos, seleccionou o CHTMAD, o CHTV e o HGO para integrarem o Grupo de Referência do Hospital de Braga.

Importa, assim, analisar e compreender as realidades das diversas unidades hospitalares em termos de área de influência, perfil assistencial, dimensionamento e complexidade da atividade clínica desenvolvida, para melhor processamento e análise dos resultados da análise de *benchmarking* desenvolvida no presente Relatório:

**Tabela 1 – Áreas de Influência e unidades hospitalares**

Unidade Hospitalar	Área de Influência geográfica	Área de influência mil hab. (Total Direta)	Observações	
Hospital de Braga	Distritos de Braga e Viana do Castelo	1 100 / 275	Urgência polivalente	
Centro Hospitalar	Distritos de Bragança, Vila Real e Viseu	456 / 212	Criado em fevereiro de 2007 por fusão entre o CH Vila Real/Peso da Régua, o Hospital de Chaves e o Hospital de Lamego	
CHTMAD	1) Hospital de São Pedro (Vila Real)	Distritos de Bragança, Vila Real e Viseu	456 / 132	Urgência polivalente
	2) Hospital de Lamego	Concelho de Lamego	132 / 27	Urgência básica. É a unidade hospitalar de referência em cirurgia de ambulatório para toda a AI do CHTMAD
	3) Hospital Distrital de Chaves	Concelhos de Chaves, Montalegre, Boticas e Valpaços	74 / 74	Urgência médico-cirúrgica

Unidade Hospitalar	Área de influência geográfica	Área de influência, mil hab. (Total/Direta)	Observações	
4) Hospital D. Luiz I (Peso da Régua)	Concelho de Peso da Régua	24 / 18	Instalações arrendadas à Misericórdia do Peso da Régua, dispõe de 12 camas de medicina	
5) Unidade de Vila Pouca de Aguiar	Distrito de Vila Real	212 / 13	A funcionar como unidade de cuidados continuados desde 2008, não integra a RNCCI desde meados de 2013 passando a internamento de medicina interna	
Centro Hospitalar	Distritos de Viseu e Guarda	420 / 280	Criado em Março 2011 por fusão entre o Hospital São Teotónio e o Hospital Cândido Figueiredo	
CHTV	1) Hospital São Teotónio	Concelhos de Carregal do Sal, Santa Comba Dão e Tondela	116 / 52	Urgência polivalente
	2) Hospital Cândido Figueiredo	Distrito de Viseu e Guarda	420 / 280	Urgência básica. Dispõe de unidades de cirurgia de ambulatório, medicina interna e cuidados paliativos
Hospital Garcia da Orta	Concelhos de Almada e Seixal	780 / 332	Nível de urgência polivalente para toda a Península de Setúbal	

Fonte: Relatórios e Contas dos Hospitais EPE, Portal da Saúde e Contrato de Gestão do Hospital de Braga.

O Hospital de Braga possui a maior área de influência de entre as unidades analisadas, atingindo um total de cerca de 1,1 milhões de habitantes, essencialmente em resultado da maior dimensão e abrangência geográfica da área de influência indireta ou de 2.ª linha. Apenas o Hospital Garcia da Orta, com uma área de influência que engloba cerca de 780 mil habitantes, se aproxima do Hospital de Braga, seguindo-se o CHTMAD, com uma área de influência total de apenas cerca de 450 mil habitantes, e o CHTV com cerca de 420 mil habitantes.

Por outro lado, no caso dos centros hospitalares (CHTMAD e CHTV), a prestação de cuidados de saúde encontra-se dispersa por um conjunto de infraestruturas hospitalares com graus de diferenciação e níveis de especialização distintos, o que afeta a respetiva comparabilidade face ao Hospital de Braga. O sentido desse impacto não é, no entanto, antecipável sem a recolha e análise de informação de atividade e custos para cada unidade hospitalar. Na realidade, se por um lado a dispersão da atividade por diversas infraestruturas pode gerar ineficiências e custos acrescidos, por outro, se o centro hospitalar agregar atividade clínica menos diferenciada (ex. cuidados continuados, urgência básica), o efeito final poderá ser o oposto, conduzindo a um menor custo por unidade de produção de serviços clínicos.

Neste contexto, no caso concreto dos centros hospitalares, deveria, preferencialmente, para efeitos de *benchmarking* com a PPP, ser identificada a unidade hospitalar que integra o centro hospitalar e que é efetivamente comparável com o Hospital de Braga (que, neste caso, seriam o Hospital de Vila Real relativamente ao CHTMAD e o Hospital de São Teotónio relativamente ao



CHTV), de forma a utilizar, se disponíveis, os dados de atividade e de custos respeitantes, exclusivamente, a essas unidades. Tal não foi, no entanto, possível, no âmbito do presente Relatório por indisponibilidade de informação, nomeadamente quanto à contabilidade analítica por unidade que integra o centro hospitalar, o que constitui uma limitação da análise desenvolvida, cujo impacto se considera no entanto não alterar o sentido dos resultados e das conclusões do presente Relatório.

**Tabela 2 – Perfil assistencial do Hospital de Braga e dos hospitais do Grupo de Referência**

Área	Especialidades	H Braga	CHT MAD	CHTV	HGO
MÉDICA	cardiologia	✓	✓	✓	✓
	cardiologia pediátrica	✓	-	-	-
	CC convalescença	-	✓	-	-
	cuidados paliativos	-	-	✓	-
	dermato-venerologia	✓	✓	✓	✓
	doenças infecciosas	✓	-	✓	✓
	endocrinologia	✓	✓	-	✓
	estomatologia/medicina dentária	✓	-	-	-
	gastroenterologia	✓	✓	✓	✓
	genética	✓	✓	-	-
	imunologia	✓	✓	-	-
	medicina interna	✓	✓	✓	✓
	medicina no trabalho	✓	✓	✓	✓
	MFR	✓	✓	✓	✓
	nefrologia	✓	✓	✓	✓
	neurologia	✓	✓	✓	✓
	oncologia médica	✓	✓	✓	✓
	pediatria	✓	✓	✓	✓
	pneumologia	✓	✓	✓	✓
	psiquiatria	✓	✓	✓	✓
psiquiatria da infância e adol.	✓	✓	✓	✓	
reumatologia	✓	✓	✓	✓	
CIRÚRGICA	angiologia e cirurgia vascular	✓	✓	✓	✓
	cirurgia geral	✓	✓	✓	✓
	cirurgia maxilo-facial	✓	✓	✓	✓
	cirurgia pediátrica	✓	✓	✓	✓
	cirurgia plástica e reconstrutiva	✓	-	✓	✓
	cirurgia torácica	-	✓	-	-
	neurocirurgia	✓	-	✓	✓
	obstetrícia/ginecologia	✓	✓	✓	✓
	oftalmologia	✓	✓	✓	✓
	ortopedia	✓	✓	✓	✓
otomolaringologia	✓	✓	✓	✓	
urologia	✓	✓	✓	✓	
<b>N.º de especialidades</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	

Fontes: Hospitais do Grupo de Referência, Portal da Saúde, Relatórios e Contas dos Hospitais EPE e Anexo I ao Contrato de Gestão do Hospital de Braga.

Excetuando apenas a cirurgia torácica que se encontra disponível no CHTMDA e não integra o perfil assistencial do Hospital de Braga, verifica-se que o Hospital de Braga possui um perfil assistencial mais abrangente e com maior número de especialidades que as restantes unidades, como sendo a cardiologia pediátrica, a estomatologia/medicina dentária, a genética e a imunológico. Em termos globais, verifica-se que a carteira assistencial do Hospital de Braga inclui um total de 31 especialidades, face a 28 especialidades no caso do CHTMDA e a 27 especialidades nos casos do CHTV e do HGO. A maior diversidade e diferenciação dos cuidados de saúde hospitalares prestados no Hospital de Braga pode justificar a existência de custos com meios humanos e materiais mais elevados.

Apresentam-se na tabela seguinte os principais indicadores de número de camas e níveis de atividade nas diversas linhas de produção das unidades selecionadas no ano de 2013:

**Tabela 3 – Lotação e níveis de atividade em 2013**

2013	HBraga		CHTMAD		CHTV		HGO	
	#	#	Var. %	#	Var. %	#	Var. %	
<b>Nº camas</b>	<b>704</b>	<b>616</b>	<b>-13%</b>	<b>636</b>	<b>-10%</b>	<b>542</b>	<b>-23%</b>	
<b>Doentes Saldos</b>	<b>80.787</b>	<b>65.208</b>	<b>-19%</b>	<b>43.027</b>	<b>-47%</b>	<b>45.113</b>	<b>-44%</b>	
Internamento Cirúrgico	11.702	6.983	-40%	7.860	-33%	7.655	-35%	
Internamento Médico	16.213	17.295	7%	17.189	6%	14.299	-12%	
Cirurgia de Ambulatório	14.118	6.437	-54%	8.080	-43%	6.942	-51%	
Ambulatório Médico	38.754	34.493	-11%	9.898	-74%	16.217	-58%	
409 Radioterapia	29.437	10.996	-63%	0	-100%	0	-100%	
410 Quimioterapia	7.569	4.341	-43%	4.637	-39%	6.203	-18%	
317 Hemodiálise	0	16.164	-	4.418	-	9.114	-	
Outros GDH Ambulatório	1.748	2.992	71%	843	-52%	900	-49%	
<b>Consulta Externa</b>	<b>366.391</b>	<b>298.140</b>	<b>-18%</b>	<b>247.560</b>	<b>-32%</b>	<b>275.682</b>	<b>-25%</b>	
Primeiras consultas	110.779	86.301	-22%	77.502	-30%	84.891	-23%	
Subsequentes	255.612	211.839	-17%	170.058	-33%	190.791	-25%	
<b>Urgências sem Internamento</b>	<b>162.854</b>	<b>163.535</b>	<b>0%</b>	<b>147.533</b>	<b>-9%</b>	<b>133.650</b>	<b>-18%</b>	
Polivalente	162.854	71.972	515%	117.663	-28%	133.650	-18%	
Médico-cirúrgica	0	54.254	-	0	-	0	-	
Básica	0	37.309	-	29.870	-	0	-	
Hospital de Dia	13.821	13.464	-3%	55.877	304%	13.564	-2%	

Fontes: (i) Base de Dados de GDH Nacional de 2013 para a atividade de internamento e de ambulatório, tendo sido acrescida no caso do CHMAD a atividade de radioterapia (GDH 409) que não se encontra codificada na Base de Dados, (ii) Relatórios e Contas dos hospitais EPE relativamente à atividade de consulta externa, urgência (exceto no caso do CHTMAD em que foi utilizada a informação fornecida pelo hospital) e hospital de dia, e (iii) atividade elegível conforme apurada nos Pagamentos de Reconciliação do Hospital de Braga, relativamente às linhas de atividade de consulta externa, urgência e hospital de dia; Cálculos BPI

Da análise da tabela anterior, pode concluir-se que o Hospital de Braga apresenta dimensão superior às restantes unidades, quer em termos de número de camas, quer no que respeita aos níveis de atividade assistencial, com particular destaque para a linha de internamento e ambulatório médico e cirúrgico e para a atividade de consultas externas.

Identificam-se, ainda, as seguintes características distintivas das unidades hospitalares em estudo que não foi possível corrigir na análise desenvolvida no presente Relatório por indisponibilidade de informação detalhada quanto à contabilidade analítica dos hospitais do Grupo de Referência:

- Apenas o CHTMAD e o Hospital de Braga desenvolvem atividade de radioterapia, a qual assume uma importância muito significativa no caso do Hospital de Braga com 29.437 sessões realizadas em 2013;
- O CHTV e o CHTMAD integram unidades hospitalares com serviços de urgência de nível básico (Hospital de Lamego e Hospital Cândido Figueiredo) e médico-cirúrgico (Hospital de Chaves);
- A atividade de hemodiálise que é realizada nas 3 unidades públicas apenas veio a integrar o perfil assistencial do Hospital de Braga em 2014.

No que respeita à complexidade da atividade de internamento e de ambulatório médico e cirúrgico apresenta-se, na tabela seguinte, a comparação entre o ICM do Hospital de Braga e o ICM das 3 unidades hospitalares em análise, tendo-se adotado, em todos os casos, o agrupador AP21 para garantia de comparabilidade da informação:

**Tabela 4 – Índice de Complexidade em 2013**

ICM hospital (2013)	H Braga	CHTV	CHTMAD	HGO
<b>ICM AP 21</b>				
ICM Internamento Médico	0,8238	0,8181	0,8529	0,9023
ICM Internamento Cirúrgico	1,8620	1,7330	1,7048	1,8282
ICM Ambulatório Médico	0,1350	0,1534	0,1079	0,1303
ICM Cirurgia de Ambulatório	0,7261	0,6977	0,7213	0,7055

ICM hospital (2013)	H Braga	CHTV	CHTMAD	HGO
ICM Global	0,5945	0,8060	0,6169	0,7474
ICM Internamento	1,1855	1,1154	1,1107	1,2365

Fonte: Base de Dados de GDH Nacional de 2013. Cálculos BPI

Considerando o ICM em AP21, verifica-se que o ICM global do Hospital de Braga é inferior ao das demais unidades o que é justificado, essencialmente, pelo elevado peso relativo da atividade de ambulatório médico, mais concretamente da atividade de radioterapia e de quimioterapia.

## 2.4. A Economia da Parceria

### 2.4.1. Abordagem metodológica

Para efeitos de avaliação da Economia da PPP do Hospital de Braga compararam-se os encargos anualmente gerados pela prestação de serviços clínicos no Hospital de Braga e nos hospitais que integram o Grupo de Referência, de acordo com as seguintes etapas metodológicas principais:

- (i) **Etapa 1:** Apuramento do número de "doentes padrão ajustados" respeitantes ao Hospital de Braga e aos hospitais do Grupo de Referência procurando, sempre que possível, garantir a comparabilidade entre os diversos anos de análise e entre as várias unidades hospitalares.
- (ii) **Etapa 2:** Identificação dos pagamentos anualmente realizados à EGEST do Hospital de Braga, líquidos de fluxos financeiros a favor da ARSN, numa ótica económica (considerando o ano de geração de determinado encargo) e não de tesouraria (considerando o ano de realização de determinado pagamento).
- (iii) **Etapa 3:** Apuramento dos custos operacionais anualmente incorridos pelos hospitais do Grupo de Referência, tendo por base as demonstrações de resultados e os balancetes analíticos da contabilidade geral e expurgando, sempre que possível, as rubricas de custos relativas à vertente infraestrutural.

- (iv) **Etapa 4:** Apuramento dos encargos por doente padrão ajustado gerados pela prestação de serviços clínicos nas diversas unidades hospitalares em análise, através do quociente entre:
- a) os encargos apurados na alínea (ii) anterior relativamente ao Hospital de Braga e na alínea (iii) anterior relativamente aos hospitais do Grupo de Referência; e
  - b) os doentes padrão ajustados determinados na alínea (i) para cada uma das unidades hospitalares.
- (v) **Etapa 5:** Cálculo da poupança ou do acréscimo de encargos gerados pela PPP do Hospital de Braga no período em análise face às unidades hospitalares comparáveis, mediante a multiplicação do número de doentes padrão ajustados do Hospital de Braga pela diferença de encargo unitário do Hospital de Braga face ao encargo unitário registado em média nos hospitais do Grupo de Referência.

Descrevem-se nos pontos seguintes os cálculos efetuados e apresentam-se os resultados obtidos nas diversas etapas metodológicas, tendo em vista a avaliação da Economia da PPP do Hospital de Braga.

#### **2.4.2. Cálculo dos doentes padrão ajustados**

Para efeitos de cálculo dos encargos unitários decorrentes da prestação de serviços clínicos nas unidades hospitalares é necessário, antes de mais, proceder à transformação da atividade hospitalar relativa às diversas linhas de produção numa unidade de produção única que possibilite o exercício de comparação. Com este intuito, procedeu-se ao cálculo do indicador "doentes padrão ajustados", o qual, muito embora se baseie em termos metodológicos no doente padrão usualmente calculado pela ACSS e pelos hospitais públicos, não corresponde exatamente a este indicador.

A realização de ajustamentos à metodologia de apuramento do doente padrão justifica-se pela necessidade de adequar o indicador de quantidade aos objetivos que presidem à avaliação da Economia da PPP, procurando ultrapassar fatores limitativos associados ao indicador convencional, como sendo, a título exemplificativo:

- (i) O facto de o indicador doente padrão usualmente apurado pela ACSS e pelos hospitais públicos estar diretamente relacionado com a forma de financiamento da atividade,

variando todos os anos em função da evolução dos preços dos contratos programa e das linhas de financiamento nestes previstas, o que impede a análise de séries históricas de dados;

- (ii) Por outro lado, caso exista atividade que é financiada ao abrigo dos contratos programa e que não gere remuneração autónoma nos caso dos Contratos de Gestão em PPP (por exemplo, alguns financiamentos específicos), tal pode conduzir a um empolamento dos níveis de atividade associados aos hospitais EPE;
- (iii) Em determinados casos, o indicador doente padrão não reflete a atividade efetivamente realizada pelas unidades hospitalares em cada ano destacando-se o ICM que não corresponde ao valor efetivo do ano em causa.

Neste contexto, procedeu-se ao apuramento do "doente padrão ajustado" de acordo com a seguinte metodologia:

- (i) Procedeu-se à transformação exclusiva da atividade relativa às quatro linhas de atividade principais, ou seja, internamento e ambulatório médico e cirúrgico, consulta externa, urgência e hospital de dia, não se entrando em linha de conta com outras linhas de financiamento. Não obstante, incluíram-se nos encargos anualmente considerados relativamente ao Hospital de Braga todos os pagamentos efetuados ao abrigo de financiamentos específicos (ex: VIH/Sida, ajudas técnicas, doenças lisossomais, internato médico, entre outros), cujos custos estão quando aplicável também refletidos nos encargos operacionais constantes das demonstrações financeiras dos hospitais do Grupo de Referência.
- (ii) No caso da atividade de internamento e ambulatório médico e cirúrgico, considerou-se a atividade constante da Base de Dados de GDH nacional para 2011, 2012 e 2013, de acordo com o agrupador AP21, quer para o Hospital de Braga, quer para as unidades hospitalares pertencentes ao Grupo de Referência, garantindo-se deste modo a comparabilidade dos doentes equivalentes e dos índices de *case mix* apurados para as diversas unidades hospitalares.
- (iii) Adotaram-se, ao longo de todo o período em análise, os fatores de conversão da atividade por linha de produção correspondentes aos preços em vigor, em cada ano, no âmbito do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em PPP (evolução ao Índice de Preços no Consumidor sem habitação publicado pelo INE para Janeiro de cada ano). Desta forma evita-se que a evolução dos preços do financiamento ao abrigo dos contratos programa, tanto em termos absolutos, como relativos, influencie os resultados e garante-se a comparabilidade temporal dos resultados obtidos nos diversos anos analisados.

- (iv) Especificamente no que diz respeito à linha de urgência, e uma vez que as unidades hospitalares em análise apresentam características distintas, e tendo como referência o preço da urgência polivalente em vigor no âmbito do Contrato de Gestão da PPP do Hospital de Braga, foi efetuado um ajustamento em função da relação existente entre os preços dos diferentes níveis de urgência constantes do contrato programa para 2015 dos hospitais EPE para efeitos de determinação do preço associado a uma urgência médico-cirúrgica e do preço associado a uma urgência básica. Tal ajustamento tornou-se necessário, uma vez que a valorizações distintas dos diferentes níveis de urgência estão associados diferentes níveis de incorporação de recursos humanos e materiais que devem ser tidos em consideração para efeitos de cálculo dos doentes padrão ajustados. Considerou-se, assim, que o preço unitário aplicável às urgências realizadas num serviço de urgência polivalente seria idêntico ao preço unitário que vigorou em cada ano para o Hospital de Braga, que o preço aplicável às urgências realizadas num serviço de urgência médico-cirúrgico corresponderia a 50%<sup>2</sup> desse valor e que o preço unitário aplicável às urgências realizadas num serviço de urgência básico corresponderia a 9%<sup>3</sup> do preço unitário das urgências polivalentes.

Tendo por base a metodologia anteriormente explicitada, apresenta-se na tabela seguinte o cálculo dos doentes padrão ajustados para cada umas das unidades hospitalares em análise nos anos de 2011, 2012 e 2013:

---

<sup>2</sup> Atendendo a que no contrato-programa 2015 o preço de uma urgência efetuada num serviço de urgência polivalente ascende a 107,59 euros e de uma urgência efetuada num serviço de urgência médico-cirúrgico ascende a 53,91 euros.

<sup>3</sup> Atendendo a que no contrato-programa 2015 o preço de uma urgência efetuada num serviço de urgência polivalente ascende a 107,59 euros e de uma urgência efetuada num serviço de urgência básico ascende a 10 euros.

Tabela 5 – Apuramento dos doentes padrão ajustados do Hospital de Braga e dos hospitais do Grupo de Referência

Apuramento dos doentes padrão ajustados <sup>1</sup>	2011				2012				2013			
	HBraga	CHTV	CHIMAD	HGO	HBraga	CHTV	CHIMAD	HGO	HBraga	CHTV	CHIMAD	HGO
# doentes equivalentes de Intern. Médico	14.619	16.139	16.046	14.615	15.109	16.046	16.057	14.047	15.346	16.185	15.928	13.453
# doentes equivalentes de Intern. Cirúrgico	10.515	7.537	8.034	7.886	11.919	7.678	7.008	7.778	11.046	7.792	6.911	7.598
Índice de case-mix Intern. Médico	0,720	0,774	0,795	0,871	0,786	0,784	0,836	0,895	0,824	0,818	0,853	0,902
Índice de case-mix Intern. Cirúrgico	1,464	1,531	1,432	1,778	1,550	1,625	1,623	1,762	1,662	1,733	1,705	1,828
valor base (euros) <sup>2</sup>	1.869	1.869	1.869	1.869	1.938	1.938	1.938	1.938	1.938	1.938	1.938	1.938
<b>1. # doentes padrão de Internamento</b>	<b>25.000</b>	<b>23.169</b>	<b>23.401</b>	<b>25.799</b>	<b>30.320</b>	<b>25.019</b>	<b>24.771</b>	<b>26.252</b>	<b>31.998</b>	<b>26.743</b>	<b>25.357</b>	<b>26.030</b>
# doentes equivalentes de Amb. Médico	12.648	8.749	29.014	15.847	29.218	9.151	32.046	15.626	38.754	9.898	34.493	16.217
# doentes equivalentes de Amb. Cirúrgico	8.467	4.671	5.951	5.496	12.757	6.611	6.741	6.665	14.118	8.080	6.437	6.942
Índice de case-mix de Amb. Médico	0,170	0,141	0,105	0,128	0,146	0,148	0,105	0,127	0,135	0,153	0,108	0,130
Índice de case-mix de Amb. Cirúrgico	0,711	0,652	0,701	0,686	0,742	0,673	0,706	0,704	0,726	0,698	0,721	0,706
valor base (euros) <sup>2</sup>	1.869	1.869	1.869	1.869	1.938	1.938	1.938	1.938	1.938	1.938	1.938	1.938
<b>2. # doentes padrão de Ambulatório</b>	<b>7.880</b>	<b>4.305</b>	<b>6.970</b>	<b>5.598</b>	<b>13.321</b>	<b>5.800</b>	<b>8.103</b>	<b>6.661</b>	<b>15.481</b>	<b>7.156</b>	<b>8.365</b>	<b>7.011</b>
# 1.ªs consultas externas	64.387	47.864	78.246	82.489	111.157	70.933	80.399	82.780	110.779	77.502	86.301	84.891
valor base (euros) <sup>2</sup>	68,1	68,1	68,1	68,1	70,6	70,6	70,6	70,6	70,6	70,6	70,6	70,6
# consultas externas subsequentes	225.216	110.341	193.238	175.484	239.584	152.850	201.115	184.418	255.612	170.058	211.839	190.791
valor base (euros) <sup>2</sup>	43,8	43,8	43,8	43,8	45,3	45,3	45,3	45,3	45,4	45,4	45,4	45,4
<b>3. # doentes padrão de Consulta Externa</b>	<b>7.351</b>	<b>4.189</b>	<b>7.116</b>	<b>6.864</b>	<b>9.652</b>	<b>6.158</b>	<b>7.632</b>	<b>7.328</b>	<b>10.024</b>	<b>6.808</b>	<b>8.107</b>	<b>7.562</b>
# urgências básicas	0	23.222	40.235	0	0	29.035	34.764	0	0	29.870	37.309	0
valor base (euros) <sup>1</sup>	8,7	8,7	8,7	8,7	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
# urgências médico-cirúrgicas	0	0	58.872	0	0	0	53.427	0	0	0	54.254	0
valor base (euros) <sup>2</sup>	46,7	46,7	46,7	46,7	48,4	48,4	48,4	48,4	48,4	48,4	48,4	48,4



	2011			2012			2013					
	H Braga	CHTV	CHTMAD	HGO	H Braga	CHTV	CHTMAD	HGO	H Braga	CHTV	CHTMAD	HGO
<b>Apuramento dos doentes padrão ajustados<sup>1</sup></b>												
# urgências polivalentes	159.380	91.475	74.988	137.838	155.845	114.375	67.612	131.803	162.954	117.663	71.972	133.650
valor base (euros) <sup>2</sup>	93,2	93,2	93,2	93,2	96,6	96,6	96,6	98,6	96,7	96,7	96,7	96,7
4. # doentes padrão de Urgência	7.666	4.604	5.206	6.630	7.764	5.832	4.863	6.666	8.122	6.007	5.118	6.666
# sessões de hospital de dia de oncologia	889	0	0	0	887	0	0	1.988	606	0	0	2.961
valor base (euros) <sup>2</sup>	413,9	413,9	413,9	413,9	428,6	428,6	428,6	428,6	429,1	429,1	429,1	429,1
# sessões de hospital de dia de radioterapia	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	0
valor base (euros) <sup>2</sup>	58,2	58,2	58,2	58,2	60,3	60,3	60,3	60,3	60,4	60,4	60,4	60,4
# sessões de hospital de dia de pediatria	396	0	0	0	540	0	0	877	529	0	0	848
valor base (euros) <sup>2</sup>	186,6	186,6	186,6	186,6	193,3	193,3	193,3	193,3	193,5	193,5	193,5	193,5
# sessões de hospital de dia de psiquiatria	12	1.003	6.678	1.921	1.326	1.874	6.302	2.763	1.463	1.370	5.698	2.764
valor base (euros) <sup>2</sup>	49,7	49,7	49,7	49,7	51,5	51,5	51,5	51,5	51,5	51,5	51,5	51,5
# sessões de hospital de dia de hemodiálise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
valor base (euros) <sup>2</sup>	89,4	89,4	89,4	89,4	92,5	92,5	92,5	92,5	92,7	92,7	92,7	92,7
# sessões de hospital de dia de infeccologia	0	0	165	1.303	1	0	0	819	0	0	0	717
valor base (euros) <sup>2</sup>	623,7	623,7	623,7	623,7	645,9	645,9	645,9	645,9	646,6	646,6	646,6	646,6
# sessões de hospital de dia de outras sessões	6.661	39.259	13.716	12.483	11.350	56.996	8.839	6.932	11.223	54.507	7.766	6.274
valor base (euros) <sup>2</sup>	128,3	128,3	128,3	128,3	132,8	132,8	132,8	132,8	133,0	133,0	133,0	133,0
5. # doentes padrão de Hospital de Dia	665	2.624	1.132	1.285	1.057	3.958	773	1.348	986	3.776	684	1.483
# Total de doentes padrão ajustados	48.562	38.790	43.824	46.186	62.113	46.766	46.142	48.159	62.113	46.766	46.142	48.159
variação face ao H Braga (%)		-20%	-10%	-5%		-25%	-28%	-22%		-25%	-28%	-22%

Fontes: (i) Base de Dados GDH 2011 a 2013, para a atividade de internamento e de ambulatório, tendo sido acrescida no caso do CHMAD em 2013 a atividade de radioterapia, não codificada na Base de Dados GDH; (ii) Relatórios e Contas dos hospitais EPE relativamente à atividade de consulta externa, urgência (exceto no caso do CHTMAD em que foi utilizada informação fornecida pelo hospital) e hospital de dia; e (iii) atividade elegível conforme apurada nos Pagamentos de Reconciliação do Hospital de Braga, relativamente às linhas de atividade de consulta externa, urgência e hospital de dia.

Nota<sup>1</sup>: Os doentes padrão ajustados foram calculados, em cada linha de atividade e para cada ano, por referência ao preço do doente equivalente

Nota<sup>2</sup>: Preços unitários aplicáveis à produção realizada pelo Hospital de Braga no âmbito do Contrato de Gestão.

Nota<sup>3</sup>: Preços aplicáveis à produção realizada no 1.º escalão de urgência pelo Hospital de Braga, ajustada pela relação verificada entre os preços dos diferentes níveis de urgência (por referência ao preço da urgência polivalente) constantes do Contrato Programa para 2015 aplicável aos hospitais EPE.

Da análise da tabela anterior, é possível concluir que o Hospital de Braga é a unidade hospitalar que apresenta maior volume de produção em número de doentes padrão ajustados, com os hospitais EPE a registarem, em 2013, volumes de produção substancialmente inferiores ao Hospital de Braga, na ordem dos -24% no caso do CHTV, -28% no CHTMAD e de -27% no HGO. Note-se que os maiores níveis de atividade do Hospital de Braga face às restantes unidades comparáveis são menos expressivos no ano de 2011, dado que a prestação integral de serviços clínicos nas novas instalações apenas teve lugar em Maio desse ano.

### 2.4.3. Encargos anuais da PPP do Hospital de Braga

Apresenta-se, na tabela seguinte, a informação disponibilizada pela ARSN relativamente aos encargos anuais liquidados suportados pelo SNS com a PPP do Hospital de Braga, no período de 2011 a 2013, considerando a ocorrência no ano de geração do encargo e não de efetivação do correspondente pagamento:

**Tabela 6 – Desagregação dos encargos suportados pelo SNS com o Hospital de Braga**

Repartição dos encargos suportados pelo SNS respeitantes ao Hospital de Braga			
Valores em euros	2011	2012	2013
Parcela a Cargo SNS (90%)	107.499.414	97.587.088	106.500.000
Pagamento de Reconciliação	-14.218.112	15.894.012	15.411.071
Medicamentos	1.608.838	1.081.952	591.357
Doenças lisossomais	998.340	1.533.012	980.000
Estrangeiros	1.022.589	712.126	560.682
Ecografias (DPN)	24.789	131.138	69.355
Aposentações provisórias	96.975	14.777	55.627
Multas	-1.403.400	-	-98.708
Financiamentos de sistemas públicos	2.851.897	-	-
Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)	-	-	86.111
Protocolo DPN I e II	-	-	55.744

Repartição dos encargos suportados pelo SNS relativamente ao Hospital de Braga

Valores em euros	2011	2012	2013
Ajudas técnicas	-	76.145	158.442
VIH/Sida	-	-	3.768.375
Assistência Médica no Estrangeiro	-	-	167.544
Devolução horas extra médicas	-	-	-2.115
NC fatura 20134148	-	-	-48
RH S. Marcos	-	-	75.772
Bombas de insulina	-	-	56.152
Reembolso transferência indevida hora extra	-8.413	-	-
RH ACES (protocolo com ARSN)	958	958	-
Cobranças de dívidas ao HSM (desde 2009)	-263.914	-263.914	-
Correção fecho de contas 2009, 2010 e 2011	1.204	1.204	-

Fontes: (i) Informação fornecida pela ARSN nos mapas de controlo de fluxos financeiros de 2011 a 2014, e (ii) atas de fecho de contas entre a ARSN e a EGEST relativas aos anos de 2001 a 2013.

Nota: De acordo com a informação recolhida verifica-se a existência de um montante global, a favor da ARSN, de 1.298.808 euros respeitante ao período de 2009 a 2012 não discriminado pelo ano a que respeita e referente, essencialmente, a cobranças de dívidas relativas ao HSM, tendo-se assumido uma repartição anual idêntica ao longo deste período. Faz-se notar que os valores apresentados na tabela anterior poderão vir a ser alvo de ligeiros ajustamentos no âmbito de acertos de contas futuros.

Os encargos globais líquidos suportados pelo SNS relativamente ao Hospital de Braga terão ascendido a cerca de 98,2 milhões de euros em 2011, 116,8 milhões de euros em 2012 e 128,4 milhões de euros em 2013.

Contudo, e uma vez que não foi possível identificar, com base na informação constante dos balancetes analíticos da contabilidade geral dos hospitais EPE, a remuneração paga aos hospitais do Grupo de Referência por outras entidades que não o SNS (ex. seguradoras e taxas moderadoras pagas pelos utentes) optou-se, para garantia de comparabilidade dos encargos associados às unidades hospitalares em análise, por adicionar aos encargos anuais do Hospital de Braga, as remunerações associadas a terceiros pagadores e a taxas moderadoras:

**Tabela 7 – Encargos suportados pelo SNS, Terceiros Pagadores e Utentes com o Hospital de Braga**

Valores em Euros	2011	2012	2013
<b>(A) Encargos líquidos suportados pelo SNS</b>	<b>96.211.164</b>	<b>116.778.497</b>	<b>128.435.381</b>
(B) Terceiros Pagadores	2.423.908	1.878.882	2.029.022
(C) Taxas Moderadoras	1.493.389	2.648.692	2.734.313
<b>Encargos líquidos suportados pelo SNS, Terceiros Pagadores e Utentes (A+B+C)</b>	<b>102.128.460</b>	<b>121.306.071</b>	<b>133.198.696</b>

Fontes: (i) Informação fornecida pela ARSN em mapas de controlo de fluxos financeiros de 2011 a 2014; e (ii) atas de fecho de contas entre a ARSN e a EGEST para os anos de 2011 e de 2013.

Nota: Os encargos líquidos globais do Hospital de Braga dizem respeito à Parcela a Cargo do SNS acrescida dos montantes relativos a terceiros pagadores e a taxas moderadoras, tendo em vista a comparabilidade com os encargos operacionais dos hospitais de gestão pública empresarial que refletem a globalidade dos encargos suportados com as prestações de serviços ao SNS e a outras entidades

De acordo com a metodologia anteriormente explicitada e a informação recolhida apuram-se, para efeitos da avaliação da Economia da PPP do Hospital de Braga, encargos associados à prestação de serviços clínicos pela EGEST do Hospital de Braga ascendentes a, aproximadamente, 102,1 milhões de euros em 2011, 121,3 milhões de euros em 2012 e 133,2 milhões de euros em 2013.

#### **2.4.4. Encargos anuais do Grupo de Referência na vertente clínica**

A avaliação da Economia da parceria deve ser efetuada mediante comparação entre os seguintes dois tipos de encargos:

- (i) Os pagamentos efetuados à EGEST do Hospital de Braga, uma vez que os riscos de gestão e de derrapagem nos encargos associados à prestação de cuidados se encontram integralmente transferidos para o parceiro privado de acordo com o Contrato de Gestão da PPP; e
- (ii) Os custos operacionais anuais dos hospitais do Grupo de Referência na vertente clínica, conforme constantes das Demonstrações Financeiras destas unidades.

Não se consideram, na avaliação da economia da PPP, os montantes de financiamento ao abrigo dos contratos programa, uma vez que os hospitais EPE podem gerar défices ou superávits de exploração cujo risco reside integralmente na esfera do setor público. A título ilustrativo refira-se, por exemplo, o alargamento dos prazos de pagamento de dívidas a fornecedores que pode ocorrer em situações de défices de exploração e cuja responsabilidade de pagamento é do SNS.

Por outro lado, os custos operacionais dos hospitais EPE a considerar para efeitos de aferição da Economia da PPP do Hospital de Braga não devem contemplar os custos operacionais relativos à componente de infraestrutura, da mesma forma que não são tidos em consideração os pagamentos efetuados pelo Estado à EGED relativamente à PPP do Hospital de Braga. A análise centra-se estritamente na vertente clínica da prestação de serviços de saúde hospitalares, pelos seguintes motivos principais:

- A economia da PPP na vertente infraestrutural não pode ser aferida com base num único ano de observações, devendo, ao invés, considerar o valor atualizado dos encargos ao longo de todo o prazo da parceria, tanto mais que o mecanismo de pagamentos da EGED engloba duas componentes distintas, a componente fixa e a componente variável, com concentrações temporais diversas, as quais são dimensionadas para fazer face ao serviço da dívida contraída para financiamento da construção;
- As infraestruturas hospitalares em análise, ou seja, o Hospital de Braga e os Hospitais do Grupo de Referência, apresentam características diversas em termos da antiguidade do edifício hospitalar (e da respetiva amortização) e dos requisitos de manutenção e de conservação (que estão contratualmente definidos no caso da PPP), o que as torna não diretamente comparáveis.

Expurgaram-se dos encargos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência os seguintes itens:

- (i) 40% dos encargos com material de manutenção e conservação contabilizados nas contas 6166 Material de manutenção e conservação do CEVC e 62232 Conservação e reparação dos FSE. Não tendo sido possível obter junto das unidades hospitalares a repartição destes encargos entre vertente clínica e infraestrutural, adotou-se a percentagem de 40% que havia sido considerada no Estudo Estratégico e Económico-Financeiro do Hospital de Braga com base na recomendação então efetuada pelo consultor técnico infraestrutural;
- (ii) Os encargos relativos a rendas e alugueres de edifícios (conta 6221911) e as amortizações e provisões do exercício relativas a terrenos e recursos naturais e a edifícios e outras construções (conta 6622).

Tendo por base a informação constante das demonstrações financeiras e dos balancetes analíticos da contabilidade geral e a metodologia explicitada, apresentam-se seguidamente os resultados obtidos relativamente aos encargos operacionais expurgados da vertente infraestrutural para os hospitais do Grupo de Referência nos anos de 2011, 2012 e 2013:

**Tabela 8 – Custos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência na vertente clínica**

Miliões de euros	2011			2012			2013		
	CHTV	CHTMAD	HGO	CHTV	CHTMAD	HGO	CHTV	CHTMAD	HGO
<b>CEVC</b>	20.860	29.155	53.946	27.041	28.125	46.377	26.581	27.249	45.901
dos quais, material manutenção e conservação	314	358	375	321	270	412	281	188	348
<b>FSE</b>	11.732	24.664	18.885	15.954	23.199	18.522	14.958	22.854	19.225
dos quais, rendas e alugueres de edifícios	47	401	0	65	339	0	68	102	0
dos quais, conservação e reparação	1.363	1.595	2.886	2.332	1.654	3.040	2.375	1.931	3.156
<b>Custos com o pessoal</b>	46.955	65.806	69.241	62.396	64.565	67.455	64.214	66.743	67.377
<b>Amortizações e provisões</b>	2.839	5.054	4.669	3.594	7.080	4.912	3.403	7.763	4.427
das quais, terrenos e edifícios	520	917	812	689	1.070	800	703	2.905	784
<b>Outros custos e perdas operacionais</b>	93	182	105	161	145	56	123	144	78
<b>Total custos operacionais</b>	<b>82.478</b>	<b>124.863</b>	<b>146.846</b>	<b>109.146</b>	<b>123.114</b>	<b>137.321</b>	<b>109.280</b>	<b>124.752</b>	<b>137.007</b>
<b>Custos operacionais (exc. infraestrutura)</b>	<b>81.240</b>	<b>122.764</b>	<b>144.730</b>	<b>107.320</b>	<b>120.935</b>	<b>135.141</b>	<b>107.455</b>	<b>120.898</b>	<b>134.822</b>

Fontes: Relatórios e Contas, balancetes analíticos, e demonstrações de resultados dos hospitais EPE.

Nota: para cálculo dos encargos operacionais expurgando a componente infraestrutural, excluíram-se 40% dos encargos relativos ao material de manutenção e de conservação (CEVC e FSE), à semelhança do pressuposto adotado no estudo Estratégico e Económico-Financeiro do Hospital de Braga, bem como os encargos relativos a rendas e a alugueres de edifícios e as amortizações e provisões do exercício relativas a terrenos e recursos naturais e a edifícios e outras construções.

No ano de 2013, os hospitais do Grupo de Referência geraram custos operacionais ascendentes a cerca de 107,5 milhões de euros no caso do CHTV (-19% face aos pagamentos apurados relativamente ao Hospital de Braga nesse ano), 120,9 milhões de euros relativamente ao CHTMA (-9%) e o HGO gerou custos da ordem dos 135 milhões de euros (+1% face ao Hospital de Braga).

#### 2.4.5. Encargos anuais por doente padrão ajustado e poupança

Tendo por base a metodologia anteriormente descrita e os resultados obtidos nos pontos anteriores relativamente aos doentes padrão ajustados e aos encargos anualmente associados às diversas unidades hospitalares, apresentam-se na tabela seguinte, encargos anuais por doente padrão ajustado registados entre 2011 e 2013:

**Tabela 9 – Economia: Encargos suportados por doente padrão ajustado (Hospital de Braga vs. Grupo de Referência)**

Ano	Hospital	Encargos anuais	Doentes Padrão Ajustados	Encargos por Doente Padrão Ajustado	Poupança anual gerada pela PPP	Poupança média anual gerada pela PPP	
2011	H Braga	102.128	48.562	2.103			
	CHTV	81.240	38.790	2.094	-0,4%	-424	
	CHTMAD	122.764	43.824	2.801	24,9%	33.905	21,4% 27.843
	HGO	144.730	46.186	3.134	32,9%	50.047	
2012	H Braga	121.306	62.113	1.953			
	CHTV	107.320	46.766	2.295	14,9%	21.235	
	CHTMAD	120.935	46.142	2.621	25,5%	41.489	24,1% 38.577
	HGO	135.141	48.155	2.806	30,4%	53.007	
2013	H Braga	133.199	66.821	1.999			
	CHTV	107.455	50.489	2.128	6,1%	8.589	
	CHTMAD	120.898	47.641	2.538	21,2%	35.862	19,3% 31.828
	HGO	134.822	48.753	2.765	27,7%	51.034	

Os resultados apresentados na tabela anterior permitem concluir que a PPP do Hospital de Braga foi remunerada, em todos os anos analisados, por doente padrão ajustado, em valor inferior aos custos por doente padrão ajustado registados relativamente aos hospitais do Grupo de Referência, com exceção apenas para o CHTV no ano de 2011 que apresentou encargos unitários inferiores ao pagamento unitário ao Hospital de Braga em -0,4%. Verifica-se, ainda, que as poupanças percentuais são mais expressivas relativamente ao HGO, com uma poupança de 27,7% em 2013, seguindo-se o CHTMAD, com uma poupança de 21,2%, e, por último, o CHTV com 6,1%.

Considera-se que a avaliação quantitativa da Economia da PPP do Hospital de Braga deve ser efetuada em termos médios para o conjunto dos hospitais do Grupo de Referência, desta forma obtendo uma estimativa mais aderente à realidade e minimizando o impacto individual das diferenças existentes entre as diversas unidades hospitalares.

Neste contexto, conclui-se que a PPP do Hospital de Braga tem vindo a gerar poupanças muito significativas para o erário público, conforme se pode comprovar pelo facto de os encargos

unitários do Hospital de Braga terem sido inferiores face à média dos hospitais do Grupo de Referência, em 21,4% em 2011, em 24,1% em 2012 e em 19,3% em 2013. A estas poupanças percentuais corresponderam poupanças em termos absolutos de 27,8 milhões de euros em 2011, 38,6 milhões de euros em 2012 e de 31,8 milhões de euros em 2013.

Por último, importa ainda realçar que, não só a PPP do Hospital de Braga permitiu a obtenção de poupanças financeiras muito significativas, como também permitiu transferir um importante conjunto de riscos para o parceiro privado que, de outra forma, teriam permanecido na esfera pública, como sendo, por exemplo, o risco de gestão da operação clínica e de derrapagens nos encargos operacionais face ao previsto e o risco da qualidade dos cuidados de saúde prestados entre outros.

## **2.5. A Eficiência da Parceria**

### **2.5.1. Abordagem metodológica**

Para efeitos da aferição da Eficiência da PPP procede-se a uma análise de *benchmarking* do Hospital de Braga face aos hospitais comparáveis sob gestão pública que constituem o Grupo de Referência selecionado pela ARSN, considerando um conjunto de indicadores que traduzem o maior ou menor grau de eficiência na utilização dos meios humanos e materiais hospitalares.

Considerando a informação disponível relativamente ao Hospital de Braga e aos hospitais do Grupo de Referência (CHTV, CHTMAD e HGO), analisam-se comparativamente os seguintes indicadores no âmbito da avaliação da Eficiência da PPP do Hospital de Braga:

- (i) Os níveis de produtividade dos recursos humanos, medidos em doentes padrão por ETC (Equivalente a Tempo Completo considerando 40 horas de trabalho semanais) por categoria profissional e em termos globais, nos anos de 2011, 2012 e 2013, com o intuito de avaliar os níveis de eficiência na utilização de recursos humanos pelo Hospital de Braga face aos hospitais EPE comparáveis.
- (ii) A demora média no internamento médico, cirúrgico e global em 2013, tendo por base a informação constante da Base de Dados de GDH nacional para 2013, com o objetivo de aferir a eficiência na rotação de doentes no internamento. Na interpretação dos resultados obtidos teve-se em consideração, não só a complexidade relativa da atividade desenvolvida pelas diversas unidades hospitalares medida pelos ICM no Agrupador AP21, como também a taxa de cirurgia de ambulatório para procedimentos ambulatorizáveis.



- (iii) A taxa de reinternamentos de utentes em 30 dias, nos anos de 2013 e de 2014, tendo por base a informação constante do *microsite de benchmarking* da ACSS, que é um indicador particularmente relevante, uma vez que a demoras médias muito reduzidas pode corresponder uma prática de altas precoces seguidas de reinternamentos, com prejuízo para o estado de saúde dos utentes.
- (iv) A percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias, tendo por base a informação constante do *microsite de benchmarking* da ACSS, uma vez que a existência de episódios de internamento muito prolongados pode estar associada a várias complicações incluindo maior incidência de infeções contraídas em meio hospitalar.
- (v) Os gastos operacionais por doente padrão ajustado, considerando, tanto relativamente ao Hospital de Braga, como aos hospitais do Grupo de Referência, as rubricas de custos operacionais constantes das demonstrações financeiras e dos balancetes analíticos da contabilidade geral para os anos de 2011 a 2013. Muito embora os riscos operacional e de *performance* económico-financeira estejam integralmente transferidos para o parceiro privado no âmbito da PPP, não sendo imputáveis ao Estado eventuais défices de exploração, importa aferir a eficiência do Hospital de Braga ao nível dos custos operacionais por comparação com os hospitais do Grupo de Referência, tanto mais que num cenário de reversão as estruturas operacionais afetas ao Hospital de Braga revertem para o Estado.

## 2.5.2. Produtividade dos Recursos Humanos

Tendo por base a informação recolhida relativamente a inventários de pessoal e a balanços sociais a 31 de dezembro de cada ano, apresenta-se nas tabelas seguintes uma caracterização da estrutura de pessoal do Hospital de Braga e dos hospitais do Grupo de Referência em termos do número de ETC por categoria e por grupo profissional e o apuramento de indicadores de produtividade medidos em número de doentes padrão ajustados por ETC, para os anos de 2011, 2012 e 2013:

**Tabela 10 – Estrutura de pessoal do Hospital de Braga e dos hospitais do Grupo de Referência**

Equivalentes a Tempo Completo (40 horas)	2011				2012				2013							
	H Braga	CHTV	CHTMAD	HGO Média	H Braga	CHTV	CHTMAD	HGO Média	H Braga	CHTV	CHTMAD	HGO Média				
#	% total	#	#	#	% total	#	#	#	% total	#	#	#				
<b>Categoria Profissional</b>																
Técnicos Superiores	26	1,2%	21	47	68	2,1%	54	2,2%	22	46	1,8%	22	40	65	1,9%	
Assistentes Técnicos	181	8,4%	224	226	220	10,5%	192	7,9%	220	223	10,4%	216	230	223	10,3%	
Assistente Operacional	578	26,8%	467	572	562	25,1%	677	28,0%	467	593	25,1%	714	498	618	24,8%	
Informático	4	0,2%	6	17	9	0,5%	0	0,0%	6	17	0,5%	0	7	18	0,5%	
Médico	469	21,7%	360	286	461	17,4%	578	24,0%	368	325	17,8%	530	408	337	17,9%	
Enfermeiro	768	35,5%	743	783	799	36,5%	771	31,9%	728	784	36,2%	820	783	842	36,6%	
TSS	18	0,8%	20	27	0	0,7%	18	0,8%	20	27	0,9%	25	21	28	1,3%	
TDT	114	5,3%	136	139	166	6,9%	123	5,1%	135	141	6,9%	141	142	148	7,0%	
Outros	2	0,1%	4	2	2	0,1%	2	0,1%	4	2	0,1%	2	4	2	0,1%	
<b>Grupo Profissional</b>																
Médicos	469	21,7%	360	286	461	17,4%	579	24,0%	368	325	17,8%	530	408	337	17,9%	
Enfermeiros	768	35,5%	743	783	799	36,5%	771	31,9%	728	784	36,2%	820	783	842	36,6%	
Técnicos <sup>(1)</sup>	158	7,3%	176	213	234	9,8%	195	8,1%	177	214	9,9%	212	185	216	9,9%	
Outros <sup>(1)</sup>	765	35,4%	701	817	792	36,3%	870	36,0%	697	835	36,1%	932	738	871	35,7%	
<b>N.º Total ETC</b>	<b>2.160</b>	<b>100%</b>	<b>1.980</b>	<b>2.098</b>	<b>2.266</b>	<b>100%</b>	<b>2.415</b>	<b>100%</b>	<b>1.970</b>	<b>2.158</b>	<b>100%</b>	<b>2.493</b>	<b>100%</b>	<b>2.114</b>	<b>2.266</b>	<b>100%</b>

Nota(1): O grupo profissional "Técnicos" engloba as categorias profissionais de técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde e outros técnicos e o grupo profissional "Outros" inclui as categorias profissionais de assistente operacional, assistente técnico e outros colaboradores.

**Tabela 11 – Indicadores de produtividade dos recursos humanos**

Produtividade dos RH	2011				HBraga Var. face média EPE
	CHTV	CHTMAD	HGO	H Braga	
	#	#	#	#	
Doentes Padrão Ajustados / ETC total	20	21	20	22	11%
Doentes Padrão Ajustados / ETC clínico	35	41	37	39	4%
Doentes Padrão Ajustados / ETC não clínico	44	43	45	53	20%
Doentes Padrão Ajustados / ETC médico	108	153	100	104	-14%
Doentes Padrão Ajustados / ETC enfermeiro	52	56	56	63	14%
Enfermeiro ETC / Médico ETC	2,1	2,7	1,7	1,6	-25%
Doentes Padrão Ajustados	38.790	43.824	46.166	48.562	13%

Produtividade dos RH	2012				HBraga Var. face média EPE
	CHTV	CHTMAD	HGO	H Braga	
	#	#	#	#	
Doentes Padrão Ajustados / ETC total	24	21	22	26	15%
Doentes Padrão Ajustados / ETC clínico	43	42	39	46	12%
Doentes Padrão Ajustados / ETC não clínico	54	44	48	58	20%
Doentes Padrão Ajustados / ETC médico	127	142	110	107	-15%
Doentes Padrão Ajustados / ETC enfermeiro	64	59	61	81	31%
Enfermeiro ETC / Médico ETC	2,0	2,4	1,8	1,3	-35%
Doentes Padrão Ajustados	46.766	46.142	48.155	62.113	32%

Produtividade dos RH	2013				HBraga Var. face média EPE
	CHTV	CHTMAD	HGO	H Braga	
	#	#	#	#	
Doentes Padrão Ajustados / ETC total	24	21	22	27	21%
Doentes Padrão Ajustados / ETC clínico	42	40	39	49	21%
Doentes Padrão Ajustados / ETC não clínico	55	44	48	58	19%
Doentes Padrão Ajustados / ETC médico	124	142	110	126	0%
Doentes Padrão Ajustados / ETC enfermeiro	64	57	61	81	34%
Enfermeiro ETC / Médico ETC	1,9	2,5	1,8	1,5	-26%
Doentes Padrão Ajustados	50.489	47.641	48.753	66.621	36%

A análise de *benchmarking* dos níveis de produtividade dos recursos humanos face aos hospitais comparáveis selecionados permite concluir que o Hospital de Braga apresentou, no período em análise, níveis de produtividade dos recursos humanos globalmente superiores aos verificados no CHTV, no CHTMAD e no HGO, observando-se um número de doentes padrão

ajustados por ETC superior à média das três unidades hospitalares EPE em 11% no ano de 2011, 15% em 2012 e 21% em 2013.

Adicionalmente, face à média das três unidades hospitalares comparáveis, verifica-se que o Hospital de Braga apresenta:

- Uma maior incorporação relativa de recursos (i) médicos, o que se pode constatar pelo maior peso que esta categoria profissional apresenta na estrutura global de ETC do Hospital de Braga (21,7% vs. 17,4% nos hospitais EPE em 2011, 24% vs. 17,8% em 2012, e 21,2% vs. 17,9% em 2013), e (ii) assistentes operacionais (26,8% vs. 25,1% em 2011, 28,0% vs. 25,1% em 2012 e 28,6% vs. 24,8% em 2013);
- Uma menor incorporação relativa de (i) assistentes técnicos (8,4% vs. 10,5% em 2011, 7,9% vs. 10,4% em 2012 e 8,7% vs. 10,3% em 2013), (ii) enfermeiros (35,5% vs. 36,5% em 2011, 31,9% vs. 36,2% em 2012 e 32,9% vs. 36,6% em 2013), e (iii) técnicos de diagnóstico e terapêutica (5,3% vs. 6,9% em 2011, 5,1% vs. 6,9% em 2012 e 5,7% vs. 7,0% em 2013);
- Um rácio de Enfermeiros (ETC)/(Médico (ETC) inferior face à média dos hospitais EPE em 25% no ano de 2011, em 35% em 2012 e em 26% em 2013;
- Níveis de produtividade substancialmente superiores em todos os grupo de profissionais em análise (pessoal clínico, não clínico, médico e enfermeiro), com exceção apenas da categoria de pessoal médico nos anos de 2011 e de 2012 (com rácios doentes padrão ajustados/médico ETC inferiores à média dos hospitais comparáveis em 14% e 15%, respetivamente, situação que se alterou em 2013 passando o Hospital de Braga a apresentar um nível de produtividade do pessoal médico em linha com a média dos hospitais do Grupo de Referência.

Conclui-se, assim, que a estrutura de recursos humanos do Hospital de Braga apresenta níveis de produtividade superiores aos registados em média nos hospitais públicos comparáveis e com evolução crescente ao longo do período analisado.

Adicionalmente, apresentam-se no gráfico seguinte os resultados obtidos pelos hospitais em análise nos dois indicadores de produtividade do pessoal clínico que se encontram disponíveis no *microsite de benchmarking* hospitalar da ACSS, para os anos de 2013 e 2014:

Figura 1 – Doentes padrão por Médico ETC (ACSS)

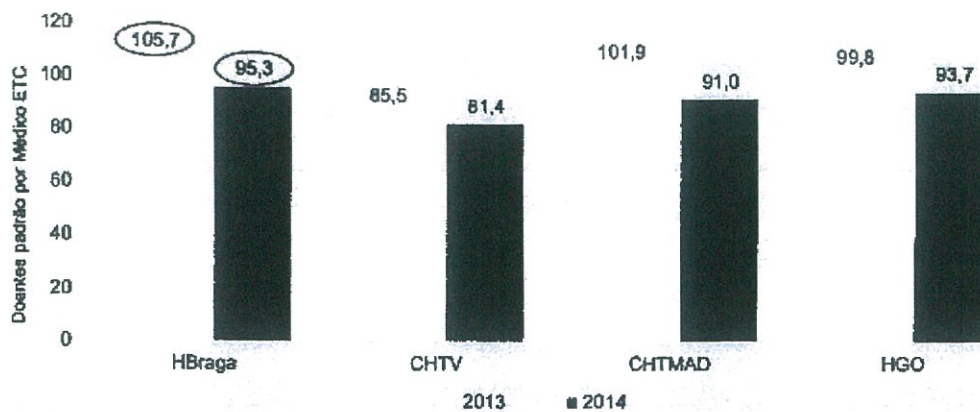
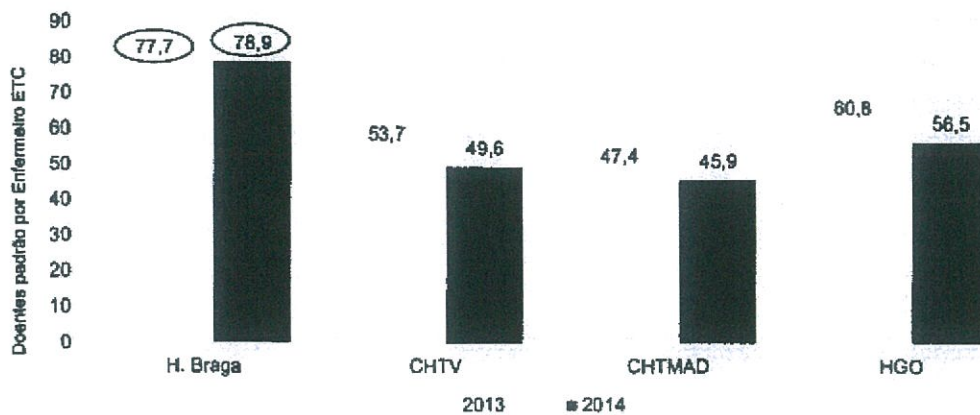


Figura 2 – Doentes padrão por Enfermeiro ETC (ACSS)



Fonte: ACSS; *microsite de benchmarking hospitalar*, 2013 e 2014

Nota: Os valores diferem dos anteriormente apresentados dada a utilização pela ACSS de metodologias distintas daquelas que foram utilizadas

Os níveis de produtividade constantes nos indicadores de produtividade constantes do *benchmarking* da ACSS vêm reforçar a conclusão de que o Hospital de Braga apresenta níveis de produtividade dos recursos humanos elevados face aos hospitais EPE comparáveis, dado ocupar o primeiro lugar ao nível do número de doentes padrão por Médico ETC e do número de doentes padrão por Enfermeiro ETC nos anos de 2013 e 2014.

### 2.5.3. Demora média

Apresenta-se, na tabela seguinte, a demora média do internamento relativamente ao Hospital de Braga e aos três hospitais do Grupo de Referência selecionados pela ARSN, tendo por base a informação constante da Base de Dados de GDH nacional de 2013, tendo-se comparado os resultados obtidos com os respetivos ICM, em agrupador AP21, determinados com base na mesma informação:

**Tabela 12 – Demora Média (Hospital de Braga vs hospitais do Grupo de Referência)**

2013	HBraga		CHTV	CHTMAD	HGD
	#	Var. % média GR	#	#	#
<b>ICM (AP21)</b>					
ICM internamento cirúrgico	1,6620	-5%	1,7330	1,7048	1,8282
ICM internamento médico	0,8238	-4%	0,8181	0,8529	0,9023
ICM internamento global	1,1855	3%	1,1154	1,1107	1,2365
<b>Demora Média</b>					
Demora Média internamento cirúrgico	7,3	-2%	7,5	6,8	8,2
Demora Média internamento médico	7,0	-5%	7,8	7,4	6,9
Demora Média internamento	7,1	-4%	7,7	7,3	7,3
% cir. amb procedimentos ambulatorizáveis	85,3%	7%	86,3%	71,3%	81,6%

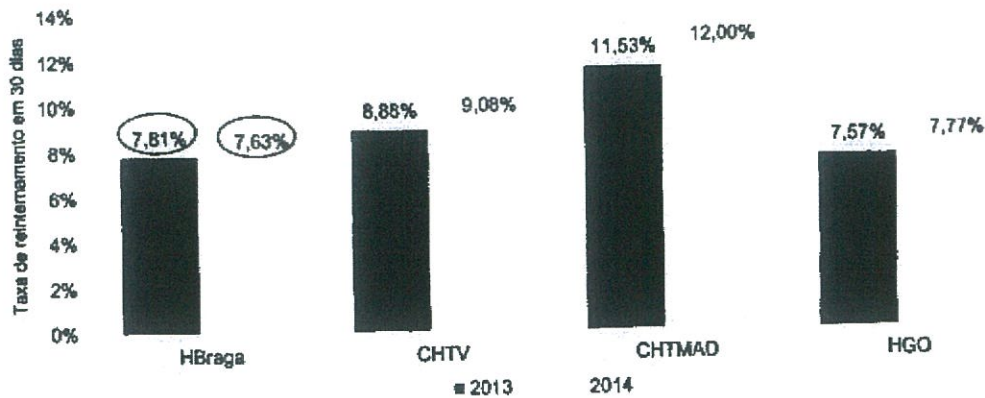
Fontes: Base de Dados de GDH Nacional de 2013 para demora média e ICM e ACSS, *microsite* de benchmarking hospitalar para a % de cirurgia de ambulatório para procedimentos ambulatorizáveis em 2013.

Conforme se pode constatar, comparando o Hospital de Braga com a média de resultados dos hospitais do Grupo de Referência verifica-se que em 2013 a PPP apresenta uma demora média de internamento global inferior em 4%, a par de um ICM do internamento global superior em 3% e de uma percentagem de cirurgia de ambulatório para procedimentos ambulatorizáveis superior em 7%.

### 2.5.4. Taxa de reinternamentos em 30 dias

Apresentam-se os resultados obtidos para os hospitais em análise relativamente ao indicador "taxa de reinternamento em 30 dias" que se encontra disponível nas publicações de *benchmarking* hospitalar da ACSS, para os anos de 2013 e 2014:

Figura 3 – Taxa de reinternamento em 30 dias (ACSS)



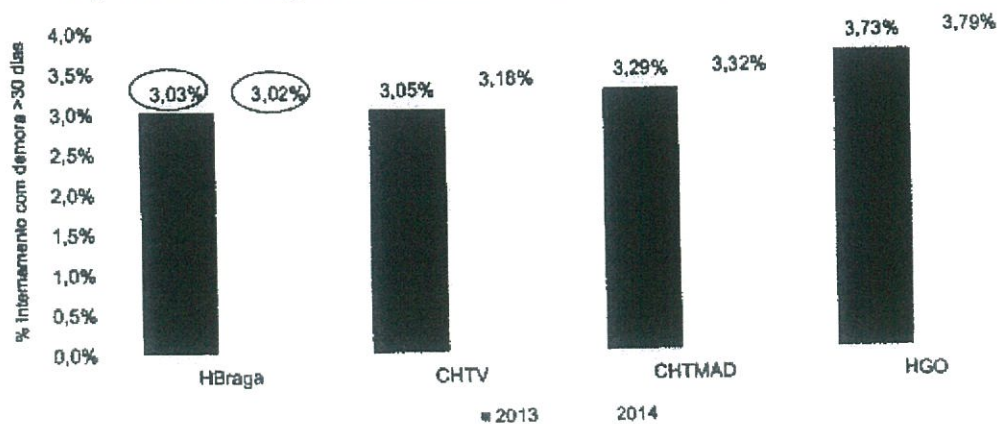
Fonte: ACSS, *microsite de benchmarking hospitalar* (2013 e 2014).

Da análise do gráfico anterior, pode concluir-se que o Hospital de Braga apresentou em 2014 a menor taxa de reinternamentos hospitalares no período de 30 dias de entre os hospitais analisados, com uma percentagem de 7,63% semelhante à atingida pelo Hospital Garcia da Horta que atingiu 7,77%.

### 2.5.5. Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias

O gráfico seguinte apresenta os resultados obtidos pelos hospitais em análise relativamente ao indicador "percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias" conforme disponível nas publicações de *benchmarking* hospitalar da ACSS, para os anos de 2013 e 2014:

Figura 4 – Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias (ACSS)



Fonte: ACSS, *microsite de benchmarking hospitalar* (2013 e 2014).

Com base nos indicadores apurados pela ACSS verifica-se que o Hospital de Braga foi, tanto em 2013, como em 2014, a unidade hospitalar que apresentou melhores resultados no indicador "percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias".

#### 2.5.6. Custos operacionais da prestação de serviços clínicos

Por último, importa analisar a Eficiência do Hospital de Braga em termos dos encargos operacionais suportados pela EGEST, por doente padronizado, face aos encargos operacionais por doente padronizado suportados pelos hospitais do Grupo de Referência:

**Tabela 13 – Encargos operacionais da EGEST do Hospital de Braga**

(milhares de euros)	Hospital de Braga		
	2011	2012	2013
CEVC	42.439	43.885	45.310
FSE	23.718	21.874	23.445
Custos com o pessoal	59.948	59.225	63.869
Amortizações e provisões	3.930	6.531	6.471
Outros custos e perdas operacionais	4.360	1.839	4.299
<b>Total Encargos Operacionais</b>	<b>134.395</b>	<b>132.954</b>	<b>143.394</b>

Fonte: Relatórios e Contas do Hospital de Braga para 2011, 2012 e 2013.



**Tabela 14 – Eficiência: Encargos operacionais gerados por doente padrão ajustado (Hospital de Braga vs. Grupo de Referência)**

Ano	Hospital	Encargos gerados anualmente	Doentes Padrão Ajustados	Encargos por Doente Padrão Ajustado	Res poupança anual gerada pela PPP	Res poupança média anual gerada pela opp	
2011	HBraga	134.395	48.562	2.768			
	CHTV	81.240	38.790	2.094	-32,1%	-32.690	-3,4% -4.424
	CHTMAD	122.764	43.824	2.801	1,2%	1.639	
	HGO	144.730	46.186	3.134	11,7%	17.781	
2012	HBraga	132.954	62.113	2.141			
	CHTV	107.320	46.766	2.295	6,7%	9.587	16,8% 26.929
	CHTMAD	120.935	46.142	2.621	18,3%	29.841	
HGO	135.141	48.155	2.806	23,7%	41.359		
2013	HBraga	143.394	66.621	2.152			
	CHTV	107.455	50.489	2.128	-1,1%	-1.606	13,1% 21.633
	CHTMAD	120.898	47.641	2.538	15,2%	25.667	
HGO	134.822	48.753	2.765	22,2%	40.839		

Fontes: Relatórios e contas e balancetes analíticos dos hospitais EPE, entre 2011 e 2013 e balancetes analíticos da EGEST do Hospital de Braga relativos aos anos de 2011, 2012 e 2013.

Da avaliação da eficiência da PPP em termos dos encargos operacionais suportados pela EGEST do Hospital de Braga face aos hospitais de referência resulta que, apenas em 2011, ano de transferência da atividade clínica para o novo edifício hospitalar, o Hospital de Braga foi menos eficiente que a média dos 3 hospitais EPE.

Os ganhos de eficiência do Hospital de Braga face à média dos restantes hospitais, em termos dos custos operacionais por doente padrão ajustado, atingiram 16,8% em 2012 e 13,1% em 2013, ao que corresponderam custos operacionais globais em valor absoluto inferiores àqueles que teriam ocorrido considerando os custos unitários médios dos hospitais de referência de cerca de 26,9 milhões de euros e de 21,6 milhões, respetivamente.

## 2.6. A Eficácia da Parceria

### 2.6.1. Abordagem metodológica

A avaliação da Eficácia da PPP consiste em verificar se os resultados que se pretendiam alcançar foram ou não atingidos durante a execução do Contrato de PPP. Atendendo ao objeto contratual da EGEST, a eficácia pretendia-se concretizada ao nível da melhoria quantitativa e qualitativa dos cuidados de saúde prestados à população da área de influência do Hospital.

Neste contexto, e no que concerne especificamente à vertente quantitativa de cuidados de saúde, a avaliação da eficácia da PPP de Braga é efetuada mediante:

- A comparação, relativamente aos anos de 2011 a 2013, entre a produção efetivamente realizada no Hospital de Braga, nas linhas de produção principais (internamento, ambulatório, consulta externa e hospital de dia) e a produção prevista no âmbito dos Procedimentos Anuais de contratação de produção hospitalar, ou seja, a produção que a ARSN entendeu dever ser contratualizada com o Hospital de Braga; e
- A análise do peso dos utentes não pertencentes à área de influência do Hospital e do peso dos utentes não pertencentes ao serviço público de saúde no total dos utentes atendidos, tendo em vista aferir se o Hospital se encontra a responder a necessidades que deveriam estar a ser respondidas por outros hospitais do SNS, dimensionados para esse efeito e, como tal, se existe uma duplicação de custos do ponto de vista do SNS.

Por outro lado, relativamente à vertente qualitativa dos cuidados de saúde prestados, a eficácia é aferida atendendo:

- Aos resultados obtidos pela EGEST na avaliação anual de desempenho<sup>4</sup>, nas vertentes de resultados, serviço e de satisfação dos utentes; e
- Ao cumprimento das disposições contratuais relativas à qualidade dos serviços clínicos.

---

<sup>4</sup> A avaliação do desempenho da EGEST, nos termos da Cláusula 53.ª do Contrato, é efetuada em três vertentes: resultados, serviço e satisfação dos utentes:

- A avaliação da área de Resultados é efetuada através da monitorização do cumprimento pela EGEST dos Parâmetros de Desempenho de Resultado constantes do Apêndice 1 ao Anexo X ao Contrato de Gestão;
- A avaliação da área de Serviço é efetuada através da monitorização do cumprimento pela EGEST dos Parâmetros de Desempenho de Serviço constantes do Apêndice 2 ao Anexo X ao Contrato de Gestão;
- A avaliação da Satisfação de Utesntes é efetuada de acordo com as regras constantes dos n.ºs 4 a 11 da Cláusula 53.ª do Contrato de Gestão.

## 2.6.2. Quantidade dos cuidados de saúde

### Produção Prevista vs Produção Efetiva no Hospital de Braga

Com o objetivo de avaliar o grau de cumprimento dos níveis de produção anualmente contratualizados entre a ARSN e o Hospital de Braga, procedeu-se, relativamente aos anos de 2011 a 2013, a uma comparação entre (i) a Produção Prevista acordada entre a ARSN e a EGEST no âmbito dos Procedimentos Anuais previstos na Cláusula 52.ª do Contrato de Gestão e (ii) a Produção Efetiva conforme apurada no âmbito dos pagamentos de reconciliação anuais da EGEST previstos na Cláusula 47.ª do Contrato de Gestão:

**Tabela 15 – Produção Efetiva vs Produção Prevista do Hospital de Braga (2011 a 2013)**

Área de Produção	2011		
	Produção Prevista (PP)	Produção Efetiva (PE)	PP - PE (%)
Doentes equivalentes	58.991	46.052	-22%
Internamento Cirúrgico	11.736	10.393	-11%
Internamento Médico	15.158	14.429	-5%
Cirurgia de Ambulatório	10.218	8.388	-18%
Ambulatório Médico	21.879	12.844	-41%
Número de doentes equivalentes 1.º escalão	58.991	46.052	-22%
Número de doentes equivalentes 2.º escalão	0	0	-
Dias de Internamento de Utentes Elegíveis RNCCI	1659	1.194	-28%
Consulta Externa	303.119	288.564	-5%
Primeiras Consultas	102.471	64.141	-37%
Consultas Subsequentes	200.647	224.423	12%
Urgências	171.610	159.380	-7,1%
Atendimentos 1.º escalão	102.793	101.055	-1,7%
Atendimentos 2.º escalão	0	0	-
Atendimentos verdes e azuis	68.817	58.325	-15,2%
Hospita de Dia	36.126	7.078	-77,9%
Área de Produção			2012

	Produção Prevista PP,	Produção Efetiva PE,	PE PP 1
Doentes equivalentes	63.461	68.099	7%
Internamento Cirúrgico	12.154	14.970	23%
Internamento Médico	14.471	11.854	-18%
Cirurgia de Ambulatório	12.207	12.643	4%
Ambulatório Médico	24.629	28.632	16%
Número de doentes equivalentes 1.º escalão	63.461	63.461	0%
Número de doentes equivalentes 2.º escalão	0	4.638	-
Dias de Internamento de Utentes Elegíveis RNCCI	459	4.043	781%
Consulta Externa	329.552	350.741	6%
Primeiras Consultas	109.867	111.157	1%
Consultas Subsequentes	219.685	239.584	9%
Urgências	155.553	155.845	0,2%
Atendimentos 1.º escalão	103.863	103.434	-0,4%
Atendimentos 2.º escalão	0	0	-
Atendimentos verdes e azuis	51.690	52.411	1,4%
Hospitalização	17.436	14.192	-21,5%

Área de produção	2013		PE PP 1
	Produção Prevista PP,	Produção Efetiva PE,	
Doentes equivalentes	78.621	79.166	0,7%
Internamento Cirúrgico	11.569	11.494	-1%
Internamento Médico	15.108	15.168	0%
Cirurgia de Ambulatório	13.467	14.001	4%
Ambulatório Médico	38.479	38.503	0%
Número de doentes equivalentes 1.º escalão	78.621	78.621	0%
Número de doentes equivalentes 2.º escalão	0	545	-
Dias de Internamento de Utentes Elegíveis RNCCI	209	3.648	1645,5%
Consulta Externa	325.213	366.391	12,7%
Primeiras Consultas	110.213	110.779	0,5%
Consultas Subsequentes	215.000	255.612	18,9%
Urgências	156.592	162.854	4,0%
Atendimentos 1.º escalão	107.936	103.158	-4,4%
Atendimentos 2.º escalão	0	0	-

Atividade	2013		Diferença (%)
	Produção Contratada (PPV)	Produção Efetiva (PE)	
Atendimentos verdes e azuis	46.656	59.696	22,7%

Fonte: Atividade constante dos ficheiros anexos às Atas de fecho dos (i) Procedimentos Anuais de contratação de produção (Produção Prevista) e (ii) dos pagamentos de reconciliação anuais (Produção Efetiva).

A análise comparativa entre os níveis de produção efetivamente realizados pelo Hospital de Braga e a produção contratada anualmente pela ARSN no âmbito dos Procedimentos Anuais permite verificar que, com exceção do ano de 2011, correspondente ao ano de entrada em funcionamento da Novo Hospital de Braga e de transferência de atividade da infraestrutura antiga para a nova, os níveis de execução pela EGEST atingiram ou superaram os níveis de produção contratados. Considera-se, assim, terem sido atingidos os objetivos anualmente previstos pela ARSN em matéria de quantidade de cuidados de saúde prestados pelo Hospital de Braga.

#### Utentes de fora da área de influência e de fora do serviço público de saúde

O Contrato de Gestão do Hospital de Braga no sentido de regular o atendimento pelo Hospital de Braga de utentes de fora da área de influência do Hospital e/ ou não pertencentes ao serviço público de saúde (ou seja, doentes privados), e desta forma garantir que a infraestrutura hospitalar é utilizada atendendo aos fins que conduziram à sua construção, ou seja, a satisfação das necessidades dos utentes do SNS pertencentes à sua área de influência, avalia nos parâmetros de desempenho de resultado A7 a A13 constantes do apêndice 1 do anexo X ao Contrato de Gestão o peso na Produção Efetiva dos utentes de fora da área de influência e dos utentes não pertencentes ao serviço público de saúde. Apresentam-se, assim, na tabela seguinte, os valores registados pelo Hospital e os valores de referência definidos por acordo entre a ARSN e a EGEST relativamente a estes parâmetros de desempenho, no período 2011 a 2013:

**Tabela 16 – Utentes da Produção Efetiva fora da área de influência e fora do serviço público de saúde**

		2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Utentes não residentes na Área de Influência</b>							
A7	Doentes Equivalentes	0,74%	1,7%	1,65%	1,80%	1,09%	1,8%
A8	Consultas Externas	0,67%	0,7%	0,81%	1,00%	0,88%	1,0%
A9	Sessões de Hospital de Dia	0,88%	1,5%	0,48%	1,50%	0,45%	1,5%
<b>Utentes fora do âmbito do Serviço Público de Saúde</b>							
A10	Episódios de Internamento	0%	0%	0%	0,5%	0%	0,5%
A11	Intervenções de Cirurgia de Ambulatório	0%	0%	0%	0,5%	0%	0,5%
A12	Consultas Externas	0%	0%	0%	0,5%	0%	0,5%
A13	Sessões de Hospital de Dia	0%	0%	0%	0,5%	0%	0,5%

Atendendo aos dados constantes da tabela anterior, em primeiro lugar cumpre salientar que os valores de referência definidos por acordo entre as Partes são significativamente inferiores ao valor de 10% que o Contrato de Gestão permite, conforme disposto no n.º 2 da Cláusula 30.ª e nos n.ºs 10 e 12 da Cláusula 38.ª. Adicionalmente, refira-se que os valores registados relativamente aos utentes de fora da área da influência foram sempre inferiores aos valores de referência acordados e que não foi realizada até ao momento qualquer atividade privada no Hospital de Braga.

### 2.6.3. Qualidade dos cuidados de saúde

#### Avaliação de desempenho da EGEST

O desempenho da EGEST é avaliado anualmente pela EPC de acordo com o disposto na Cláusula 53.ª do Contrato de Gestão, ou seja, a avaliação é efetuada em três áreas, Resultados, Serviço e Satisfação de Utentes, e de forma global atendendo às avaliações obtidas em cada uma das três áreas referidas.

Na tabela seguinte sintetiza-se a avaliação da EGEST, entre 2011 e 2013, conforme constante dos Relatórios Anuais de Desempenho desenvolvidos pela ARSN:

**Tabela 17 – Avaliação do Desempenho Anual da EGEST do Hospital de Braga**

Avaliação por Área			
Resultados	Insatisfatório	Muito Bom	Muito Bom
Serviço	Satisfatório	Muito Bom	Muito Bom
Satisfação de Utentes	Bom	Bom	Bom
<b>Avaliação Global</b>	<b>INSATISFATÓRIO</b>	<b>BOM</b>	<b>BOM</b>

Em 2011, a avaliação da EGEST foi "Insatisfatório" em consequência da avaliação na área "Resultados". A este propósito, é importante contextualizar que o ano de 2011 foi um ano de grandes mudanças no Hospital de Braga (com a transferência para a nova infraestrutura hospitalar a ocorrer em Maio desse ano com o subsequente necessário período de adaptação), tendo-se verificado que a EGEST, atenta a outras prioridades, não esteve integralmente focada no cumprimento dos parâmetros de desempenho constantes do apêndice 1 do Anexo X ao Contrato de Gestão. Fruto do acompanhamento que foi efetuado pela ARSN e do esforço realizado pela Escala Braga, em 2012 a situação foi integralmente revertida, passando a EGEST a partir desse ano a ter uma classificação de MUITO BOM na área de Resultados, ou seja, obteve sempre pontos de penalização inferiores a 50 pontos.

Igualmente ao nível da área de avaliação "Serviço" se constata que 2011 foi o ano com pior nível de avaliação (satisfatório), registando-se consistentemente desde 2012 a avaliação máxima de "MUITO BOM".

Quanto à "Satisfação dos Utentes", a EGEST tem vindo a realizar anualmente, conforme contratualmente previsto, inquéritos à satisfação dos utentes. A ARSN, conforme consta dos Relatórios Anuais de Avaliação de Desempenho relativos aos anos de 2011 a 2013, procedeu à comparação dos resultados desses inquéritos com os verificados no último inquérito realizado pelo Ministério da Saúde aos demais hospitais integrados no SNS: *Considerando que o último inquérito de satisfação que se encontra disponível, se refere ao ano 2009, optou-se por fazer a comparação dos resultados obtidos pelo Hospital de Braga com os resultados globais do*

*Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA, realizado em 2009, no âmbito da parceria entre ACSS e o ISEGI-UNL. O Hospital de Braga foi enquadrado no Grupo II, onde constam os Hospitais de Almada, Évora, Faro, S. João, Viseu, Amadora, Centro Hospitalar de Coimbra, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Lisboa Central, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Centro Hospitalar do Porto e Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. Em resultado da comparação efetuada, verifica-se que a EGEST tem apresentado consistentemente uma avaliação de "BOM".*

Em suma, com exceção do ano de 2011, que coincidiu com o ano de entrada em funcionamento do Novo Hospital de Braga, a avaliação do desempenho anual da EGEST do Hospital de Braga foi de BOM em 2012 e em 2013, conforme consta dos relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST elaborados pela ARSN. Considera-se que a avaliação obtida pela EGEST em 2012 e 2013, destacando-se a avaliação de MUITO BOM nas áreas de resultados e serviço, é demonstrativa de que o desempenho da EGEST em matéria de qualidade dos serviços prestados vai ao encontro dos objetivos definidos no Contrato de Gestão.

#### Cumprimento das disposições contratuais relativas à qualidade dos serviços clínicos

Para além das disposições contratuais que se consubstanciam na avaliação de desempenho da EGEST, existem no Contrato de Gestão várias normas que pretendem garantir a qualidade dos serviços clínicos prestados pela EGEST, destacando-se as seguintes que, uma vez mais, permitem atestar a eficácia do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em PPP. Com efeito, verifica-se que o Hospital de Braga:

- É acreditado globalmente, possui Certificação de Qualidade pelo referencial ISO 9001:2007 de todos os Serviços de Apoio e dos serviços de Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Imagiologia, Imunohemoterapia, Farmácia e Esterilização pela entidade acreditadora CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems.
- Possui Certificação Ambiental pela norma ISO 14001:2004, sendo a segunda unidade hospitalar portuguesa a receber essa certificação.
- Implementou um programa de monitorização e avaliação de resultados aceite pela EPC, sendo trimestralmente emitidos relatórios por uma entidade independente (KPMG);
- Tem em funcionamento a comissão de ética local para a saúde, a comissão de humanização e qualidade dos serviços, a comissão de controlo de infeção hospitalar e a comissão de farmácia e terapêutica, emitindo periodicamente relatórios que são remetidos para conhecimento e análise pela EPC.



- Promove a implementação de uma cultura de Segurança da Informação de acordo com os termos do referencial ISO 27799:2008.

Adicionalmente, o Hospital de Braga:

- Desde 2011, tem vindo anualmente a ser distinguido com resultados de Excelência pela Entidade Reguladora da Saúde no estudo do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS).
- Foi distinguido em 2013 com o 1.º prémio "Qualidade em Saúde", no âmbito da 9.ª edição dos Prémios Hospital do Futuro.
- Viu o seu serviço de Urologia considerado, em Abril de 2013, como Centro de Excelência em formação e estágios de cirurgia laparoscópica e endourologia pela Associação Europeia de Urologia, sendo o único serviço português a obter tal distinção.
- Já em 2014, obteve a Certificação de Segurança e Saúde no Trabalho pela SGS, de acordo com a Norma OHSAS 18001:2007 | NP 4397:2008, sendo a primeira instituição nacional a receber tal certificação.

### 3. CONCLUSÃO

A análise desenvolvida no presente Relatório de avaliação do *Value for Money* da PPP do Hospital de Braga nas vertentes da Economia, da Eficiência e da Eficácia mediante a realização, sempre que aplicável, de análises de *benchmarking* face aos hospitais EPE comparáveis inseridos no Grupo de Referência, permite concluir para o período de 2011 a 2013 que:

- (i) Se encontra demonstrada a Economia da PPP, uma vez que o Hospital de Braga em PPP tem vindo a gerar poupanças muito significativas para o erário público, conforme se pode comprovar pelo facto de os pagamentos unitários por doente padrão ajustado do Hospital de Braga terem sido inferiores face à média dos custos unitários registados nos hospitais do Grupo de Referência, em 21,4% em 2011, em 24,1% em 2012 e em 19,3% em 2013. A estas poupanças percentuais corresponderam poupanças em termos absolutos de 27,8 milhões de euros em 2011, de 38,6 milhões de euros em 2012 e de 31,8 milhões de euros em 2013.

Acresce que, para além da obtenção de poupanças financeiras muito significativas, a celebração da PPP permitiu transferir um importante conjunto de riscos para o parceiro privado que, de outra forma teriam permanecido na esfera pública, como sendo, por exemplo, o risco de gestão da operação clínica e de derrapagens nos encargos operacionais face ao previsto e o risco da qualidade dos cuidados de saúde prestados, entre outros.

- (ii) Se encontra demonstrada a Eficiência da PPP do Hospital de Braga, atendendo aos resultados positivos e genericamente superiores aos registados nos hospitais do Grupo de Referência que foram obtidos pelo Hospital de Braga, no que respeita aos níveis de produtividade dos recursos humanos, à demora média no internamento, à taxa de reinternamentos de utentes em 30 dias, à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias e aos custos operacionais por doente padrão ajustado.

Os ganhos de eficiência do Hospital de Braga face à média dos restantes hospitais, em termos dos custos operacionais por doente padrão ajustado, atingiram 16,8% em 2012 e 13,1% em 2013, ao que corresponderam custos operacionais globais no Hospital de Braga inferiores, em valor absoluto, àqueles que teriam ocorrido aos custos unitários médios dos hospitais de referência de cerca de 26,9 milhões de euros e de 21,6 milhões de euros, respetivamente.

- (iii) Se encontra demonstrada a Eficácia da PPP do Hospital de Braga, que tem vindo a atingir os objetivos definidos em termos da resposta às necessidades de cuidados de saúde da população da área de influência, tanto em termos quantitativos, como qualitativos, uma vez que:
- A produção efetiva tem cumprido, ou mesmo superado, a produção contratualizada com a ARSN no âmbito dos procedimentos anuais de negociação;
  - A capacidade hospitalar tem sido utilizada para resposta às necessidades da população da área de influência, não tendo sido realizada atividade privada no Hospital de Braga e mantendo-se a importância relativa dos utentes não pertencentes à área de influência do Hospital a níveis muito inferiores aos permitidos pelo Contrato de Gestão;
  - A EGEST tem tido classificações de "BOM" no âmbito da avaliação anual de desempenho, destacando-se a classificação de "MUITO BOM" na vertente "Resultados"; e
  - O Hospital de Braga tem cumprido as disposições contratuais relacionadas com a qualidade dos serviços clínicos prestados e tem obtido importantes distinções de qualidade dos serviços clínicos prestados atribuídas por entidades externas.

Considera-se, assim, que a condição de *benchmarking* de encargos da parceria face aos custos gerados pelos Hospitais do Grupo de Referência prevista n.ºs 4.5 a 4.8 do Anexo VII (Remuneração da EGEST) ao Contrato de Gestão se encontra verificada, não existindo fundamento para proceder à revisão dos preços do Contrato do Hospital de Braga relativamente ao período de 2011 a 2013, uma vez que os encargos associados à PPP de Braga são inferiores àqueles que resultariam da aplicação dos custos reais de atividade da maioria dos hospitais que integram o Grupo de Referência.

Por último, no que respeita à avaliação pelo setor público da renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Braga na parte relativa à componente de Serviços Clínicos (conforme previsto na Cláusula 8.ª do Contrato de Gestão), e não obstante a avaliação desenvolvida no presente Relatório dever ser atualizada com a nova informação que entretanto fique disponível e melhorada e aprofundada na medida do possível, os resultados obtidos ajudam a fundamentar uma decisão de renovação, desde que não sejam introduzidas alterações no Contrato de Gestão mais gravosas para o Estado face às atualmente existentes, nomeadamente no que respeita aos níveis de preços unitários e de remuneração contratados.



## ANEXO II

**Assunto:** Hospital de Cascais - Contrato de Gestão em parceria público-privada – Extinção por caducidade, renovação, modificação objetiva do contrato ou abertura de novo procedimento concursal.

**Enquadramento sumário:**

1. O Contrato de Gestão do Hospital de Cascais em parceria público-privada produz efeitos até ao dia 31.12.2018.
2. O Contrato de Gestão prevê a sua renovação por sucessivos períodos não superiores a dez anos cada um. A data de termo do Contrato, resultante de eventuais renovações, na parte respeitante à Entidade Gestora do Estabelecimento, não pode exceder, em qualquer caso, o termo do prazo previsto para o Contrato na parte respeitante à Entidade Gestora do Edifício (trinta anos).
3. A decisão quanto à renovação tem de ser comunicada pela Entidade Pública Contratante ao parceiro privado até ao dia 31.12.2016.
4. A ARSLVT, designada para acompanhamento do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais em parceria público-privada, entende que o Contrato de Gestão não deve ser renovado sem mais, na medida em que seria adequado introduzir modificações ao Contrato.
5. Há alterações ao clausulado contratual que podem ser realizadas como modificações objetivas ao Contrato seguindo o regime legal das parcerias público-privadas nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, e sendo as mesmas operadas por acordo entre o parceiro público e os parceiros privados e aprovadas pelos Ministros das Finanças e da Saúde. Nos termos do regime legal aplicável, as modificações objetivas por acordo são precedidas de processo negocial acompanhado por comissão de negociação designada pela Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (UTAP) e constituída pelos membros indicados pelo Ministério das Finanças e da Saúde (sendo composta por cinco ou sete membros efetivos, consoante o Ministério da Saúde tenha indicado dois ou três membros efetivos, sendo, portanto, a maioria dos membros indicada pelo Ministério das Finanças). Nos termos do n.º 6 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, em casos excecionais, devidamente fundamentados, os Ministros competentes podem dispensar a constituição da comissão.
6. A modificação objetiva dos contratos está limitada pelas regras de contratação pública nacionais e comunitárias. As modificações objetivas: i) não podem introduzir alterações substanciais aos contratos, nem abranger serviços, numa medida importante, não inicialmente previstos; (ii) devem respeitar os princípios da concorrência, igualdade e transparência; (iii) não podem implicar alterações no preço, salvo se acessórias ou previstas no contrato, e (iv) não deve determinar a existência de um benefício económico do parceiro privado, devendo a alteração ser neutra para os interesses das partes. A este propósito, refira-se que o Tribunal

de Justiça da União Europeia tem vindo a defender que há violação dos princípios da publicidade e da concorrência se a modificação objetiva conduzir a uma alteração substancial do contrato.

7. Assim, a ARSLVT analisa as alterações que entende por adequado realizar e afere se as mesmas podem eventualmente ser realizadas com processo de modificação objetiva do Contrato ou se ditariam a abertura de novo procedimento concursal com novo objeto e obrigações contratuais.
8. A concluir-se que as alterações que se entendem por essenciais podem ser realizadas com processo de modificação objetiva do Contrato, a ARSLVT entende como avisado que o mesmo seja encetado e seja concluído antes do termo do prazo para operar a comunicação de renovação (31.12.2016); dessa forma, a renovação pelo prazo de 10 anos já seria do Contrato com as alterações assim introduzidas.
9. Se esse processo de renovação for gorado entre as Partes, a comunicação até 31.12.2016 será no sentido da sua não renovação. Sendo a decisão de não renovação, deve ser decidido se a gestão do Estabelecimento Hospitalar passa a ser uma gestão pública (com a reversão do Estabelecimento Hospitalar para a esfera jurídica do parceiro privado) ou se deve ser lançado novo procedimento concursal tendente à celebração de novo Contrato de Gestão em parceria público-privada.
10. Concluindo-se que as alterações que se tenham como necessárias impõem, para conformidade das regras de contratação pública, a abertura de novo procedimento concursal, o mesmo deve ser lançado e concluído de modo a que possa produzir os seus efeitos a 01.01.2019, ocorrendo a reversão do Estabelecimento Hospitalar para a sociedade que for constituída pelo adjudicatário do novo procedimento concursal. O mesmo se refira para a situação em que foi decidida pela modificação e a negociação da mesma vem a ser gorada.
11. Na tabela seguinte são apresentadas pela ARSLVT as principais alterações que se visam introduzir e a aferição, quanto às mesmas, sobre se demandam a abertura de novo procedimento concursal ou se seriam suscetíveis de ser realizadas com procedimento de modificação do Contrato; quando a aferição da modificação é no sentido da modificação, é mencionado, em sede de observação, se a introdução da modificação seria suscetível de permitir dispensar a constituição de comissão de negociação. Em sede de observações é ainda realçada a importância que a alteração reveste na perspetiva do acompanhamento do Contrato de Gestão.

Alterações consideradas pela ARSLVT como adequadas	A) Modificação objetiva	B) Abertura de novo procedimento concursal	Observações
<p>Apreciação dos efeitos que a introdução dessas alterações ditariam (A) modificação objetiva, de acordo com o regime das PPP – Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, por acordo com a atual EGEST cuja negociação deveria anteceder a decisão de renovação ou B) obrigaçao, para conformidade com as regras de contratação pública, de abertura de novo procedimento concursal)</p>			
<p>1. Alterar os conceitos de "Internamento" e de "Cirurgia de Ambulatório" de modo a fazer coincidir os mesmos com os conceitos presentemente utilizados no SNS</p>	<p>Admite-se que tal possa ser objeto de modificação objetiva caso se consiga alcançar um resultado de neutralidade financeira na aplicação dos conceitos, caso contrário será necessária a abertura de novo procedimento concursal.</p>		<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>
<p>2. Introduzir produção em Ambulatório Médico (nota: à data da celebração do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais não existiam GDH Médicos pelo que este conceito e respetiva atividade não estão assim considerados)</p>	<p>Admite-se que tal possa ser objeto de modificação caso se consiga alcançar um resultado de neutralidade financeira na aplicação da codificação da atividade como GDH Médicos (designadamente com aplicação da Cláusula 45.ª do Contrato de Gestão e do n.º 5.5. do Anexo V ao Contrato), caso contrário será necessária a abertura de novo procedimento concursal.</p>		<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>
<p>3. Clarificar a "Produção Efetiva"</p>	<p>A introdução desta clarificação pode ser feita com mera modificação objetiva do Contrato não se afigurando como exigindo abertura de novo procedimento concursal</p>		<p>Admite-se, quanto a esta clarificação, que se verifique fundamento para que a introdução da mesma através de modificação objetiva por</p>



<p>4. Integrar na Produção o tratamento do HIV fazendo cessar a existência de protocolo adicional para essa prestação</p>		<p>A integração desta prestação altera o perfil e objeto do contrato e as contraprestações a realizar ao parceiro privado, termos em que se entende que exige a definição de novo objeto através de novo procedimento concursal. Caso se entenda não lançar novo procedimento concursal, a prestação de tratamento de HIV pode ser mantida, nos termos atuais, através de protocolo adicional</p>	<p>acordo possa ser feita com dispensa da constituição de comissão de negociação nos termos do n.º 6 do artigo 21.º do DL 111/2013, de 23.05</p>
<p>5. Interrupção Voluntária da Gravidez</p>	<p>Admite-se que não seja necessária a abertura de novo procedimento concursal se forem mantidas a prestação e a contraprestação desta atividade nos termos que são atualmente executados; caso contrário será necessária a abertura de novo procedimento.</p>		<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>
<p>6. Oncologia (os doentes oncológicos devem ser</p>		<p>A integração desta prestação altera o perfil e</p>	<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>

<p>tratados numa única instituição pelo que faz sentido que o HCascais passe a assegurar todos os cuidados prestados, não fazendo sentido manter o protocolo que a ARSLVT tem com o CHLO para a atividade de Hospital de Dia)</p>		<p>objeto do contrato e as contraprestações a realizar ao parceiro privado, termos em que se entende que exige a definição de novo objeto através de novo procedimento concursal.</p>	<p>alteração é muito importante</p>
<p>7. Psiquiatria (a ARSLVT propõe a integração da atividade de psiquiatria comunitária na prestação de cuidados de saúde de psiquiatria do H Cascais; esta atividade, psiquiatria comunitária aos doentes da área de influencia do H Cascais, tem sido assegurada pelo CHLO)</p>		<p>A integração desta atividade altera as prestações e respetivas contraprestações com reflexos financeiros, termos em que se entende que exige a definição de novo objeto através de novo procedimento concursal.</p>	<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>
<p>8. Revisão dos Parâmetros de Desempenho de Resultado</p>	<p>Admite-se que esta revisão possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal desde que não seja alterado o número total de pontos de penalidade inicialmente previstos</p>		<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>
<p>9. Substituição de alguns dos Parâmetros de Desempenho de Resultado</p>	<p>Admite-se que esta substituição possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal desde que não seja alterado</p>		<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>

	o número total de pontos de penalidade previstos		Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante
10. Introduzir a melhoria contínua na negociação de Valores de Referência para os Parâmetros de Desempenho de Resultado.	Admite-se que a introdução desta alteração possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal		Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante
11. Introduzir a possibilidade de negociação por acordo entre as Partes e a fixação unilateral pela EPC de valores de referência dos Parâmetros de Desempenho de Resultado.	Admite-se que a introdução desta alteração possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal		Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante
12. Clarificar o 3.8 do Anexo VII (Planos de Medidas Corretivas e Relatórios de Resultados Obtidos) - Parâmetros de Desempenho de Resultado	Admite-se que a introdução desta clarificação possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal		Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante
13. Clarificar a periodicidade de entrega dos Relatórios Justificativos do Desvio (Parâmetros de Desempenho de Resultado)	Admite-se que a introdução desta clarificação possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal		Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante
14. Diminuir o n.º dos Parâmetros de Desempenho de Resultado	Admite-se que a introdução desta alteração possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que		

<p>de apresentação do Relatório Justificativo do Desvio em vez de penalização (como Contratos do HBA e HVFX)</p>	<p>não se exija a abertura de novo procedimento concursal</p>		
<p>15. Introduzir a penalização por não monitorização (Parâmetros de Desempenho de Resultado)</p>	<p>Admite-se que esta revisão possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal desde que não seja alterado o número total de pontos de penalidade inicialmente previstos</p>		<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>
<p>16. Rever a metodologia de avaliação do desempenho da EGEST, no que respeita à Satisfação (utentes) (designadamente atenta a alterações introduzida na metodologia aplicada pelo Ministério da Saúde e a necessidade de inclusão do Hospital de Dia nos inquéritos de avaliação da satisfação dos utentes)</p>	<p>Admite-se que a introdução desta revisão possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal</p>		<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>
<p>17. Rever a metodologia de apuramento dos Hospitais do Grupo de Referência (GR) (note-se que nas outras PPP os limites definidos para os</p>	<p>Admite-se que a introdução desta alteração possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal</p>		<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>

<p>intervalos de aceitação são mais amplos, permitindo apurar os respetivos GR com vários hospitais)</p>			
<p>18. Sistemas de informação/monitorização – reforçar o carácter <i>paper free</i> do Hospital, eliminar a terminologia "tendencialmente automático" (utilizada por vezes quanto ao sistema de monitorização), preferindo a terminologia "automatizado desde que tecnicamente possível" e melhorar as especificações técnicas do Processo Clínico Eletrónico</p>		<p>Admite-se que a introdução desta alteração possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal</p>	
<p>19. Rever a alínea f) da Cláusula 26.ª da (Disponibilidade da Urgência) – revisão da metodologia de aferição da adequação dos tempos de espera como requisito da disponibilidade da Urgência</p>		<p>Admite-se que esta revisão possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal</p>	<p>Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante</p>
<p>20. Rever o clausulado relativo à referenciação de</p>		<p>Admite-se que tal possa ser objeto de modificação objetiva caso se consiga</p>	<p>Esta revisão aconselha à previsão análise desta</p>

doentes para a RNCCI e respetivo pagamento	alcançar um resultado de neutralidade face aos mecanismos previstos e aos instrumentos de adaptabilidade dos preços já contratualmente considerados	matéria responsáveis Nacional de Continuados Integrados	com Rede Cuidados Integrados
21. Rever a previsão de resolução de litígios via tribunal arbitral; ponderar que a previsão e opção seja pelo tribunal administrativo	Admite-se que esta revisão possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal		
22. Taxas moderadoras: o contrato prevê a entrega à EPC das "taxas moderadoras cobradas" e deverá passar a prever a entrega das "taxas moderadoras devidas"	Admite-se que esta revisão possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal	Entende a ARSLVT que a introdução desta alteração é muito importante	
23. Rever alínea c) do n.º 3 da Cláusula 129.ª	Admite-se que esta revisão possa ser feita com mera modificação objetiva do Contrato		
24. Rever a redação do n.º 3 da Cláusula 44.ª (que respeita às componentes da remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento)	Admite-se que esta revisão possa ser feita com modificação objetiva do Contrato e que não se exija a abertura de novo procedimento concursal		

## ANEXO III

## **Funcionamento da Parceria Público Privada do Hospital de Braga (Entidade Gestora do Estabelecimento) e valor acrescentado pelo serviço prestado**

A avaliação do funcionamento da Parceria Público Privada do Hospital de Braga vai ser feita nas áreas do Serviço Prestado, Relacionamento com a Entidade Gestora e Execução do Contrato, apontando-se de seguida as dificuldades presentemente sentidas pela Equipa de Gestão do Contrato e algumas possibilidades de melhoria do Contrato de Gestão.

### **Serviço prestado:**

O serviço contratado tem sido cumprido por excesso, sendo a qualidade do mesmo, nos termos dos parâmetros de desempenho de serviço que são avaliados, boa. Esta situação é confirmada pelos resultados dos inquéritos de satisfação que nos últimos dois anos atingiram uma classificação de Muito Bom. O Hospital tem igualmente uma boa imagem na opinião pública, tendo sido galardoado com diversos prémios e reconhecimentos de entidades externas, sendo de destacar a classificação obtida no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), tutelado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

### **Relação da Equipa de Gestão do Contrato com a Entidade Gestora do Estabelecimento:**

Existe uma boa comunicação e entendimento entre as partes, sendo o relacionamento direto feito com a Gestora do Contrato designada pela EGEST, pessoa qualificada e conhecedora do Contrato e das obrigações e responsabilidades da Entidade Gestora. As situações em que não existe acordo a este nível, são decididas no âmbito do Conselho Diretivo da ARS Norte, circunstância que se tem verificado com pouca frequência. Tem havido igualmente uma resposta positiva da Entidade Gestora aos pedidos de prestação de serviços adicionais pela Entidade Pública Contratante (EPC), nomeadamente, no âmbito de serviços associados a intervenções com carácter de rastreio. Da parte da EPC tem havido algum apoio aos problemas que a Entidade Gestora tem no âmbito financeiro, em particular de tesouraria, com a antecipação, em duodécimos, do pagamento de reconciliação.

### **Execução do Contrato:**

O contrato que regula a Parceria é muito detalhado e complexo, abrangendo todas as suas áreas de funcionamento. A Equipa de Gestão do Contrato elaborou e está a aplicar, um Manual de Procedimentos que tem sido um elemento facilitador importante na monitorização das diferentes obrigações da Entidade Gestora. Foi igualmente elaborado por aquela Entidade e validado pela EPC, um Manual de Identificação de Utentes e Terceiros Pagadores que estabelece e disciplina as condições de reconhecimento pela Entidade Pública Contratante dos utentes abrangidos pelo SNS. Do ponto de vista do fornecimento da informação contratualmente prevista pela EGEST, esta tem sido facultada nas datas estabelecidas, apresentando uma qualidade e rigor que cobre adequadamente as necessidades de acompanhamento do Contrato. Sublinha-se ainda que os pedidos adicionais de informação realizados pela EPC têm sido disponibilizados nos prazos oportunamente definidos. O apoio da assessoria jurídica, que tem demonstrado qualidade e um conhecimento profundo do Contrato, tem constituído um suporte de enorme utilidade para esta Equipa de Gestão. Dá-se nota também do escrutínio a que a Parceria tem estado sujeita por diversas ações inspetivas, sendo de destacar as tuteladas pela IGAS, Tribunal de Contas e Inspeção-Geral das Finanças, estando duas, sob a responsabilidade das duas últimas entidades assinaladas, ainda a decorrer.



### **Valor acrescentado pelo serviço prestado (Value for Money)**

No sentido de conhecer o valor acrescentado pela Parceria, a Equipa de Gestão solicitou à assessoria financeira que realizasse uma avaliação do mesmo, tendo ficado demonstrado, para o período entre os anos de 2011 e 2013, que o Hospital de Braga em PPP tem vindo a gerar poupanças muito significativas para o erário público, conforme se pode comprovar pelo facto de os pagamentos unitários por doente padrão ajustado do Hospital de Braga terem sido inferiores, face à média dos custos unitários registados nos Hospitais do Grupo de Referência, constituído pelo Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Centro Hospitalar de Tondela-Viseu e Hospital Garcia de Orta, em 21,4% em 2011, em 24,1% em 2012 e em 19,3% em 2013. A estas poupanças percentuais corresponderam poupanças em termos absolutos de 27,8 milhões de euros em 2011, de 38,6 milhões de euros em 2012 e de 31,8 milhões de euros em 2013.

### **Dificuldades presentes e melhorias possíveis do Contrato de Gestão:**

- Contratar a produção anual dentro de um orçamento limitado e numa situação de forte crescimento da procura, em que a decisão unilateral da EPC prevista no contrato não é exequível, dada a dificuldade em obter a informação necessária ao seu cálculo;
- Concluir a reconciliação devido a alguns diferendos com a Entidade Gestora, nomeadamente quanto aos procedimentos que podem ser considerados como geradores de sessões base de Hospital de Dia. A ausência de uma identificação clara pela ACSS deste tipo de procedimentos, gera sempre problemas de consenso quanto aos que devem ser considerados para efeitos de produção elegível;
- Colaboração dos outros hospitais, nomeadamente dos que integram o grupo de referência, no fornecimento da informação necessária à comparação das unidades hospitalares, ou porque não têm a informação pretendida ou porque argumentam não terem possibilidade de a organizar;
- Desfasamento entre o quadro inicial de recursos humanos previstos no contrato e as necessidades efetivas do hospital para dar resposta à crescente procura, o que face ao constrangimento contratual existente dificulta uma resposta oportuna;
- Embora exista partilha de risco, o risco último é sempre o do funcionamento do Hospital, designadamente o da sua reversão por abandono, falência ou má performance do fornecedor, e esse pertence à EPC. A impossibilidade de renovação dos protocolos do VIH/SIDA e da esclerose múltipla, no valor conjunto de 8,5 M€, vai destruir a sustentabilidade económica da exploração do Hospital de Braga e provavelmente do interesse do negócio para a Entidade Gestora;
- Dar resposta às diferentes inspeções que têm feito a avaliação da parceria, não em termos de grau de dificuldade, mas em termos de volume de trabalho que isso acarreta, dado que normalmente a informação é solicitada com referência ao início do contrato;
- A remuneração da Entidade Gestora está baseado no pagamento ao ato, devendo haver a possibilidade de serem considerados também preços compreensivos ou por pacote de serviços que pudessem promover a integração de cuidados, tal como está a ser feito crescentemente no financiamento dos hospitais públicos;
- A ausência contratual de incentivos que estejam associados à melhoria da performance ou ao aumento do valor da Parceria para a EPC;
- Discrepância entre a responsabilidade geográfica do CHMA, nomeadamente do Hospital de Famalicão, e a responsabilidade geográfica do Hospital de Braga. As Redes

de Referência recentemente aprovadas irão seguramente introduzir novas dissonâncias;

- Deficiente integração e articulação dos cuidados de saúde mental na região, com consequente indefinição do papel de cada interveniente e custos acrescidos para a Entidade Pública Contratante.

## ANEXO IV

## 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 antecipar 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 ESGEST 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.



## M Neves Mateus

---

**De:** Marta Temido  
**Enviado:** quarta-feira, 16 de Março de 2016 11:14  
**Para:** M Neves Mateus  
**Assunto:** FW: Hospital de Cascais - Encargos 2009-2015 (EGEST)  
**Anexos:** Encargos\_HCascais.xlsx

Pf imprimir apenas texto do email infra

Cumprimentos,

Marta Temido  
Presidente do Conselho Diretivo  
President, Executive Board



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL  
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal

Tel. Geral: 21 792 55 87 | Fax: 21 792 58 48

[www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

**PENSE ANTES DE IMPRIMIR**

**De:** João Matos | Assessoria [<mailto:jmatos@arslvt.min-saude.pt>]  
**Enviada:** quinta-feira, 10 de Março de 2016 19:04  
**Para:** Marta Temido  
**Cc:** Rosa Matos  
**Assunto:** Hospital de Cascais - Encargos 2009-2015 (EGEST)

Sr.ª Dr.ª Marta Temido

Na sequência do seu contacto telefónico de hoje envio, também com o conhecimento da Presidente do CD da ARSLVT, a informação solicitada sobre os encargos ocorridos com a EGEST do Hospital de Cascais, no período de 2009 a 2015.

Reafirmando toda a disponibilidade desta Equipa PPP na colaboração interinstitucional que entenda necessária, peço o favor de, em situações futuras, os pedidos de informação serem formulados em articulação com o CD desta ARSLVT.

Grato pela sua atenção.

João Matos

Coordenador da Equipa de Parcerias Público-Privadas da ARSLVT, I.P

Email: [jmatos@arslvt.min-saude.pt](mailto:jmatos@arslvt.min-saude.pt)  
Telefone: +351 21 842 4872 - Ext.: 5472 - Fax: +351 21 842 4819  
[www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt) | [geral@arslvt.min-saude.pt](mailto:geral@arslvt.min-saude.pt)

ENCARGOS HOSPITAL DE CASCAIS

ENTIDADE GESTORA DO ESTABELECIMENTO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Contrato de Gestão (Duodécimo)	36.774.720,00	36.514.720,00	41.592.824,00	38.543.169,12	45.991.494,95	46.894.322,76	47.712.986,88
Reconciliação da anos anteriores	0,00	3.104.737,28	6.459.427,74	6.226.313,69	8.851.721,95	8.120.979,21	8.747.687,51
Protocolo HIV	8.036.624,75	12.200.230,00	11.744.028,96	12.991.024,84	11.580.131,92	11.020.603,81	10.522.405,00
Reconciliação da anos anteriores do protocolo HIV	0,00	318.055,28	1.565.661,20	-2.362.837,93	-542.773,33	-174.255,33	-1.183.653,44
RNCCI	6.842,00	24.810,00	28.102,00	31.512,00	18.840,00	15.409,00	21.647,00
Medicamentos de dispensa obrigatória em Farmácia Hospitalar	0,00	19.971,68	45.301,14	497.384,68	385.911,98	635.602,17	575.828,37
IVG	0,00	0,00	0,00	774.108,00	333.744,72	0,00	0,00
Ajudas Técnicas	0,00	0,00	0,00	17.607,89	13.304,45	0,00	4.973,33
Dívida do CHC ao HPPP	0,00	0,00	0,00	53.602,40	35.484,52	0,00	0,00
Compensação paga à EGEST por Existências em armazém a 31.12.2009 (Acordo Mediação 2014)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	282.387,96	0,00
PROGRAMA CENTRALIZADO HEPATITE C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	540.978,42
Assistência Médica no Estrangeiro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.985,42
Transplantes e Colheita Órgãos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.280,00
<b>TOTAL</b>	<b>44.818.186,75</b>	<b>52.182.524,24</b>	<b>61.435.345,04</b>	<b>56.771.884,69</b>	<b>66.667.861,17</b>	<b>66.795.049,58</b>	<b>66.951.118,49</b>



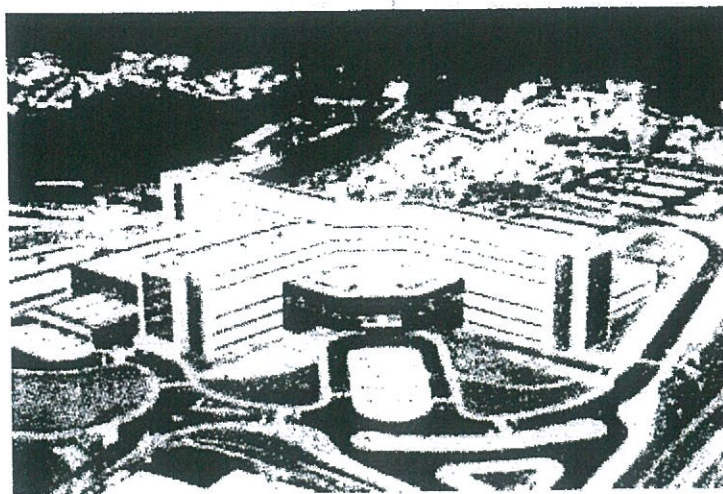
## ANEXO VI





*Ajudar o Estado e a sociedade a gastar  
melhor*

Auditoria à execução do  
Contrato de Gestão do  
Hospital de Cascais



Relatório n.º 11/2014 - 2.ª Secção

Processo n.º 24/2012 - Audit

---

Volume I - Sumário Executivo



## **Anexo 11**



De 25 de março de 1996 até 31 de agosto de 1997 desenvolveu ações de controlo inspetivo internas e externas.

Em março de 1996 ingressou nos quadros da Direção Geral dos Impostos, atual Autoridade Tributária e Aduaneira, como Perito de Fiscalização tributária de 2.ª — Estagiário.

De 26 de setembro de 1995 até 24 de março de 1996 exerceu as funções de docente contratado no ensino secundário e no ensino recorrente.

#### 6 — Formação profissional:

No período de 2006 a 2015 frequentou diversas ações de formação presencial e em eLearning, na área contabilística, tributária, comportamental e tecnológicas promovidas internamente pela Autoridade Tributária e Aduaneira.

Frequência de diversas ações externas nomeadamente à distância.

#### 7 — Atividade académica e de formação:

Docente na Pós-Graduação em Fiscalidade da Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa (2007-2016) nomeadamente no que se refere à componente online dos módulos de “Fundamentos do IVA” e de “Temas Avançados do IVA”.

Colaboração como docente na Pós-Graduação em Fiscalidade online do Instituto Superior de Gestão (2002-2007) onde lecionou o módulo de IRS, IRC e IVA

Formador da Bolsa de Formadores da Autoridade Tributária e Aduaneira onde no período compreendido entre 2005 e 2012 ministrou ações de formação nas áreas de IRS, IVA e Contabilidade para Juristas.

Tutor de diversas ofertas formativas na área tributária e comportamental promovidas pela Direção de Serviços de Formação.

#### 8 — Trabalhos publicados:

Autor de comentário a acórdão “A Compensação pela Renúncia do Arrendamento em Sede de Imposto Sobre o Valor Acrescentado” página 77 a 80 publicado no n.º 45 da Revista “Fiscalidade”

209668001

### Despacho n.º 8299/2016

Dá-se sem efeito o despacho n.º 7922/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 115, de 17 de junho de 2016.

17 de junho de 2016. — O Chefe de Divisão, *Manuel Pinheiro*.

209668967

## Direção-Geral do Tesouro e Finanças

### Aviso n.º 7993/2016

No âmbito do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 349/98, de 11 de novembro, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 320/2000, de 15 de dezembro, e em conformidade com o disposto na alínea b) do n.º 10 da Portaria n.º 1177/2000, de 15 de dezembro, com a redação dada pela Portaria n.º 310/2008, de 23 de abril, e no uso das competências subdelegadas pelo Despacho n.º 7924/2016, de 02 de junho, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 115, de 17 de junho, dá-se conhecimento que a “taxa de referência para o cálculo das bonificações” (TRCB) a vigorar entre 1 de julho e 31 de dezembro de 2016 é de 0,347 %.

6 de junho de 2016. — A Subdiretora-Geral, *Maria João Araújo*.

209669396

## Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos

### Despacho n.º 8300/2016

Considerando que:

(a) O Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, em regime de parceria público-privada, na parte relativa à Entidade Gestora do Estabelecimento, caduca no dia 31 de dezembro de 2018 e que nele está prevista a possibilidade de renovação, nessa parte, por sucessivos períodos não superiores a dez anos, 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 pela Entidade Gestora do Edifício, que é de trinta anos contados desde a data de produção de efeitos desse contrato;

(b) Caso pretenda renovar o contrato a que se refere o considerando anterior, na parte aí mencionada, o parceiro público deve divulgar à Entidade Gestora do Estabelecimento essa sua vontade até dois anos

antes do final do prazo, isto é, até 31 de dezembro de 2016, devendo esta última manifestar-se até dezoito meses antes desse final, ou seja, até ao dia 30 de junho de 2017;

(c) Por seu turno, o Contrato de Gestão do Hospital de Braga, também ele em regime de parceria público-privada, caduca, quanto à gestão clínica cometida à Entidade Gestora do Estabelecimento, no dia 31 de agosto de 2019, podendo ser renovado em termos similares aos do contrato a que se refere o Considerando (a);

(d) Caso pretenda renovar o contrato a que se refere o considerando anterior, na parte aí mencionada, o parceiro público deve manifestar à Entidade Gestora do Estabelecimento essa sua vontade até dois anos antes do final do prazo, isto é, até ao dia 31 de agosto de 2017, devendo esta última pronunciar-se até dezoito meses antes desse final, ou seja, até ao dia 31 de dezembro de 2017;

(e) As eventuais decisões de renovação ou de não renovação dos referidos Contratos de Gestão e, no caso de não renovação, de determinação da(s) solução(ões) suscetível(eis) de ser(em) adotada(s) após o respetivo término para a gestão clínica dos Hospitais de Cascais e de Braga – 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, num outro plano, relevantes implicações jurídicas e económico-financeiras, com impacto nas contas públicas, motivo pelo qual, por identidade de razões com o que esteve na base da celebração dos contratos de gestão originais e com o que se encontra previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, em relação aos processos de estudo e lançamento de novos projetos em modelo de PPP, se entende deverem as mesmas ser preparadas e pensadas 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;

(f) Assim, e independentemente daquele que venha a ser o sentido das decisões a que se refere o considerando anterior, entendem Suas Excelências o Secretário de Estado da Saúde e o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças, que as mesmas devem ser precedidas de adequados estudos e rigorosa avaliação, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, que permitam concluir, em cada caso, qual a opção que melhor prossegue os interesses públicos em presença e possibilitem que as decisões tomadas sejam devidamente sustentadas e fundamentadas, admitindo como possível que, embora com base numa mesma metodologia, as propostas de decisão para cada um dos casos em análise não sejam coincidentes;

(g) Através do despacho de S. Ex.ª o Secretário de Estado da Saúde, de 21 de março de 2016, foi decidida a aprovação da constituição de uma equipa de projeto, nos termos previstos nos artigos 9.º e 10.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, de objeto dual, isto é: que, (i) num primeiro momento, tendo presente as datas limite em que terão que ser tomadas as decisões de renovação (ou não) dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais e de Braga, na parte referente às Entidades Gestoras dos Estabelecimentos, 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, proponha, a final, fundamentadamente, para efeitos de tomada de uma decisão política intercalar, aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, deve ser o modelo a implementar visando a melhor prossecução dos interesses públicos em causa e, (ii) num segundo momento, depois de tomada a decisão política intercalar quanto ao modelo a adotar, fique responsável pelo desenvolvimento de todas as fases, ações e procedimentos necessários à implementação do modelo escolhido;

(h) No despacho mencionado no Considerando (g) foram ainda indicados os nomes dos membros efetivos e respetivos suplentes da equipa de projeto a constituir, em linha com o previsto no n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio;

(i) Por Despacho n.º 459/16, de 10 de maio, proferido por S. Ex.ª o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças, o qual foi exarado sobre a Informação da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (de ora em diante “UTAP”) n.º 013/2016, de 14 de abril, foi determinada a esta Unidade a constituição de uma equipa de projeto, conforme o disposto no n.º 3 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, tal como proposto no despacho a que se refere o Considerando (g);

Assim, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, aqui aplicado na sequência dos Despachos referidos nos Considerandos (g) e (i), de Suas Excelências o Secretário de Estado da Saúde e o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças, e nos termos acima elencados, determina-se:

1 — A constituição de uma equipa de projeto que, para cada um dos Hospitais de Cascais e de Braga:

a) Tendo presente as datas limite em que terão que ser tomadas as decisões de renovação (ou não) dos Contratos de Gestão dos Hospitais

de Cascais e de Braga, na parte referente às Entidades Gestoras dos Estabelecimentos, respetivamente os dias 31 de dezembro de 2016 e 31 de agosto de 2017, 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;

b) 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, 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, de 23 de maio.

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

a) Como membros efetivos:

- i) Joana Cristina Veiga Carvalho Barbosa, em representação da UTAP, que exercerá funções de presidente da equipa de projeto;
- ii) Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões, em representação da ACSS, IP;
- iii) João Luís Lemos de Matos, em representação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;
- iv) Pedro de Brito Esteves, em representação da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.;
- v) Maria Ana Soares Zagallo, em representação da UTAP;
- vi) Rita Domingues dos Santos da Cunha Leal, em representação da UTAP; e
- vii) Filipa Sequeira Leite, em representação da UTAP.

b) Como membros suplentes:

- i) Pedro Nobre da Veiga Neto Miranda, em representação da ACSS, IP;
- ii) Alexandra Trigo Vaz Carneiro Xardoné, em representação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;
- iii) Mariana Bom de Sousa Moniz de Bettencourt, em representação da UTAP;
- iv) Inês Margarida Costa Bernardo, em representação da UTAP.

3 — A participação na referida equipa de projeto não confere direito a qualquer remuneração adicional.

4 — Sem prejuízo do apoio logístico que deverá ser prestado pela ACSS, IP, pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. e pela Administração Regional de Saúde do Norte, I. P., a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos assegurará as condições necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos nas suas instalações, sitas na Rua Braamcamp, n.º 90, 6.º andar, 1250-052 Lisboa.

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

16 de junho de 2016. — O Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, *Fernando Crespo Diu*.

209670391

## FINANÇAS E ECONOMIA

Gabinetes da Secretária de Estado da Administração e do Emprego Público e do Secretário de Estado da Indústria

Despacho n.º 8301/2016

O Decreto-Lei n.º 490/99, de 17 de novembro, possibilita, mediante a verificação de circunstâncias específicas, a condução de viaturas oficiais pelos trabalhadores dos serviços e organismos da Administração Pública, ainda que não integrados na carreira de assistente operacional com as funções de motorista.

A concessão de autorização genérica de condução de viaturas oficiais do Estado justifica-se pela necessidade de racionalização de meios disponíveis, bem como pela natureza das atribuições de alguns serviços e ainda pela escassez de pessoal qualificado para a condução de viaturas,

permitindo deste modo a racionalização de meios existentes e uma redução de encargos para o erário público.

O Instituto Português da Qualidade, I. P., dispõe de veículos afetos ao Parque de Veículos do Estado, para efeito de serviços gerais, mas não detém pessoal integrado na carreira de assistente operacional com funções de motorista.

Sucedo que, em função da natureza das atribuições e competências do referido Instituto, em especial as desenvolvidas enquanto coordenador do Sistema Português da Qualidade, de Organismo Nacional de Normalização e como Instituição Nacional de Metrologia, é imprescindível assegurar e efetuar frequentes deslocações, sendo evidente e fundamentada a necessidade de conceder a devida autorização de condução de viaturas oficiais aos membros do seu Conselho Diretivo.

Assim, nos termos do disposto no n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 490/99, de 17 de novembro, a Secretária de Estado da Administração e do Emprego Público, no uso da competência delegada a que se refere a alínea h) do n.º 3 do Despacho n.º 3484/2016, do Ministro das Finanças, de 24 de fevereiro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 48, de 9 de março de 2016, e o Secretário de Estado da Indústria, no uso da competência delegada a que se refere a alínea b) do n.º 8.1 do Despacho n.º 2983/2016, do Ministro da Economia, de 17 de fevereiro de 2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 40, de 26 de fevereiro de 2016, determinam o seguinte:

1 — É conferida permissão genérica de condução das viaturas afetas à frota do Instituto Português da Qualidade, I. P. ao Presidente do Conselho Diretivo, engenheiro Jorge Manuel Diogo Marques dos Santos, e aos Vogais do Conselho Diretivo, engenheiro António José Ruas Mira dos Santos e engenheiro Ricardo Jorge Gomes Fernandes.

2 — A permissão conferida nos termos do número anterior aplica-se exclusivamente às deslocações em serviço, por estas se entendendo as que são determinadas por motivos de serviço público.

3 — A permissão genérica conferida nos termos dos números anteriores rege-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 490/99, de 17 de novembro, e demais legislação aplicável, e caduca, para cada um dos autorizados, com o termo do exercício das funções em que se encontram investidos à data da permissão.

15 de junho de 2016. — A Secretária de Estado da Administração e do Emprego Público, *Carolina Maria Gomes Ferra*. — 4 de abril de 2016. — O Secretário de Estado da Indústria, *João Pedro do Rego dos Santos Vasconcelos*.

209663344

## DEFESA NACIONAL

Polícia Judiciária Militar

Louvor n.º 324/2016

Louvo a Assistente Técnica, Maria José Alves Salada Seródio, do Mapa de Pessoal da Polícia Judiciária Militar, pelo desempenho de funções na área dos vencimentos da UATA/Recursos Financeiros nos últimos 2 anos.

No desempenho das várias tarefas que lhe estão atribuídas, mais especificamente, a elaboração mensal da nota de vencimentos, a elaboração e conferência das Ajudas de Custo que por serem em elevado número e muito diversificadas possuem um elevado grau de dificuldade, a elaboração trimestral do mapa com os registos de pessoal de recursos humanos no Sistema de Informação da Organização do Estado (SIOE). Contribuiu ainda para a passagem da gestão e processamento dos vencimentos para o Sistema Integrado de Gestão (SIG), o que implicou um acréscimo de trabalho considerável ao nível da introdução e conferência dos dados provenientes dos Ramos das Forças Armadas. Sendo a área de vencimento muito sensível e de elevada responsabilidade implicou por vezes renunciar do seu tempo pessoal de descanso em prol do Serviço.

Dedicada ao serviço, demonstrando capacidade de trabalho e grande sentido de responsabilidade, aptidões que muito têm contribuído para o eficiente funcionamento da sua área de atividade, constituindo-se assim numa muito boa colaboradora. A par das suas qualidades profissionais, merecem também especial relevo as suas qualidades pessoais de integridade de caráter, realçando a afabilidade e a abnegação, que concorrem para um profícuo e salutar ambiente de trabalho.

Pelo que foi exposto, a Assistente Técnica Maria José Alves Salada Seródio, é merecedora deste público louvor, sendo de realçar a sua competência, o bom desempenho e as salientes qualidades pessoais, contribuindo para a eficiência e cumprimento da missão da Polícia Judiciária Militar

9 de junho de 2016. — O Diretor-Geral da Polícia Judiciária Militar, *Luis Augusto Vieira*, Coronel.

209667792



## Anexo 12



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 Cascais PPP**

#### **1. Informação disponibilizada pela ARSLVT**

- 1.1. Contrato de Gestão do Hospital de Cascais PPP e respetivos anexos (fevereiro de 2008);
- 1.2. Alteração ao Contrato de Gestão do Hospital de Cascais PPP e respetivos anexos (outubro de 2008);
- 1.3. Relatórios e Contas da EGEST (2011-2015);
- 1.4. Balancetes antes de final de fecho de contas da EGEST (2011-2015);
- 1.5. Propostas anuais de fixação da produção elaboradas pela EGEST (2011-2015);
- 1.6. Relatórios anuais de atividade elaborados pela EGEST (2008-2015);
- 1.7. Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT (2009-2015);
- 1.8. Evolução dos recursos humanos da EGEST (2011-2015);
- 1.9. Dados de produção da EGEST: produção prevista, produção efetiva e produção efetiva elegível para efeitos de remuneração (2009-2015);
- 1.10. Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação (2011-2015) e respetivos anexos (2015)
- 1.11. Valores dos encargos do parceiro público com o Hospital de Cascais, numa lógica de faturação (2011-2015);
- 1.12. Resultado dos inquéritos de satisfação aos ACES e ao CHLO (2015);
- 1.13. Relatórios de auditoria das transferências de doentes para os outros hospitais (2012-2014);
- 1.14. Valores históricos das taxas moderadoras faturadas e efetivamente recebidas.
- 1.15. Protocolos anuais de VIH/SIDA;
- 1.16. Pareceres de Oncologia, de Saúde Mental e de VIH/SIDA.

#### **2. Informação disponibilizada pela ACSS**

- 2.1. Caso base '12\_HCascais\_anexo XII\_Out\_08\_vf.xls' (ficheiro *excel*);
- 2.2. CPC 'CPC\_Cascais\_v7.XLS' (ficheiro *excel*);
- 2.3. Remuneração do Hospital de Cascais com preços do SNS para todo o período de análise (2011-2015);

- 2.4. Remuneração, produção e ICM do Hospital de Cascais, assumindo a adoção de APR31 para todo o período de análise, desde que aplicável (2011-2015).

### **Hospitais do Grupo de Referência EP**

#### ***3. Informação disponibilizada pela ACSS***

- 3.1. Relatórios e Contas (2011-2015);
- 3.2. Balancetes antes de final de fecho de contas (2011-2015);
- 3.3. Fichas de caracterização dos hospitais;
- 3.4. Valores dos custos relativos ao Hospital de Loures numa lógica de faturação entre (2011-2015);
- 3.5. Balanços Sociais (2011-2015);
- 3.6. Indicadores de eficiência e de eficácia (2011-2015);
- 3.7. Produção prevista e efetiva, desagregada por atividade e por entidade financeira responsável (SNS ou Terceiros Pagadores);
- 3.8. Disponibilidade do serviço de urgência básica das unidades do Grupo C;
- 3.9. Base de dados nacional de GDH;
- 3.10. Base de dados para efeito do cálculo do doente padrão (SICA);
- 3.11. Base de Dados dos Elementos Analíticos da ACSS<sup>1</sup>;
- 3.12. Valores de transferências do Estado realizadas no período 2011-2015;
- 3.13. Valores de convergência atribuídos aos hospitais do Grupo C, entre 2011 e 2015;
- 3.14. Taxas moderadoras no período 2011-2015;
- 3.15. Resumo dos resultados das auditorias que foram realizadas pela ACSS às Bases de Dados de GDH nas PPP e em termos nacionais, de 2012, 2013 e 2014.

### **Outros**

#### ***4. Diversos***

- 4.1. Estudo da Entidade Reguladora da Saúde, Estudo de avaliação das PPP na Saúde (maio de 2016);
- 4.2. BPI, Estudo de *Value for Money*, realizado a pedido da ARSN (20 de junho de 2015);
- 4.3. Tribunal de Contas, Auditoria à execução do Contrato de Gestão de Cascais - Relatório nº 11/2014, 2ª sessão;
- 4.4. Tribunal de Contas, Encargos do Estado com PPP na Saúde - Relatório nº 18/2013, 2ª sessão;

---

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

- 4.5. National Audit Office, “A framework for evaluating the implementation of Private Finance Initiative Projects”;
- 4.6. Inspeção-Geral das Finanças, Hospital de Cascais – Entidade Gestora do Estabelecimento, Controlo Financeiro das PPP no setor da saúde – Relatório nº 1512/2012;
- 4.7. Contratos Programa dos hospitais EPE de 2011 a 2016.



## **Anexo 13**





## Pressupostos do CPC Inicial, versão BAFO

Pressupostos CPC Inicial	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Internamentos	12.620	12.664	12.716	12.700	12.715	12.766	12.851
Internamento -Recém Nascidos	3.213	3.149	3.082	2.968	2.904	2.893	2.926
Dias de Internamento Totais (c/ RN)	71.512	71.563	71.649	71.268	71.179	71.401	71.917
Dias de Internamento Cuidados Continuados	9.586	9.619	9.659	9.646	9.658	9.696	9.761
Cirurgias de Ambulatório	2.663	2.678	2.704	2.711	2.727	2.737	2.757
Cirurgias Programadas	2.140	2.153	2.170	2.177	2.185	2.194	2.207
Cirurgias Urgentes	1.427	1.435	1.446	1.451	1.456	1.462	1.472
Nº de Consultas	114.133	114.086	114.027	113.305	113.077	113.378	114.177
Nº de Urgências	110.285	110.242	110.179	109.479	109.256	109.544	110.313
Sessões de Hospital de Dia Cirúrgico	1.997	2.009	2.028	2.033	2.045	2.052	2.068
Sessões de Hospital de Dia Médico	7.989	8.035	8.112	8.132	8.180	8.210	8.272
MCDT	1.083.768	1.082.378	1.081.382	1.072.434	1.069.140	1.071.812	1.079.959
Demora Média de Cuidados Agudos sem RN	5	5	5	5	5	5	5
Taxa de Ocupação do hospital	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%
Camas UCI (Adultos)	6	6	6	6	6	6	6
Camas Adicionais de Psiquiatria	15	15	15	15	15	15	15
Cuidados Especiais de Neonatologia	15	15	15	15	15	15	15
Número de Camas de Cuidados Continuados	28	28	28	28	28	28	28
Case mix do internamento	0,79	0,79	0,80	0,81	0,81	0,81	0,81
Case mix total (c/ cirurgia do ambulatório)	0,78	0,79	0,79	0,80	0,81	0,81	0,81

Fonte: CPC.

## Informação real do CPC atualizado

Informação real CPC Atualizado	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Internamentos	8.975	10.937	11.199	11.384	11.374	12.159	12.605
Internamento -Recém Nascidos	1.096	1.909	2.511	2.442	2.635	2.272	2.272
Dias de Internamento Totais (c/ RN)	62.643	77.838	95.941	81.320	83.138	82.418	85.860
Dias de Internamento Cuidados Continuados	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgias de Ambulatório	1.020	2.262	3.285	2.976	4.354	4.857	4.735
Cirurgias Programadas	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgias Urgentes	-	-	-	-	-	-	-
Nº de Consultas	70.875	98.400	119.517	114.096	127.641	131.490	132.185
Nº de Urgências	104.665	130.556	144.644	135.580	141.577	144.913	147.395
Sessões de Hospital de Dia Cirúrgico	765	1.697	2.464	2.232	3.266	3.643	3.551
Sessões de Hospital de Dia Médico	4.453	4.624	4.942	6.584	5.758	5.425	5.995
MCDT	-	-	-	-	-	-	-
Demora Média de Cuidados Agudos sem RN	6,7	6,7	7,2	6,5	6,6	6,5	6,5
Taxa de Ocupação	89,0%	75,9%	81,2%	79,5%	82,2%	81,4%	84,7%
UCI (Adultos)	-	8	8	8	8	8	8
Camas Adicionais de Psiquiatria	-	18	18	18	18	18	18
Cuidados Especiais de Neonatologia	8	5	5	5	5	5	5
Número de Camas de Cuidados Continuados	-	-	-	-	-	-	-
Case mix do internamento	0,96	0,96	0,90	0,94	0,97	1,01	0,98
Case mix total (c/ cirurgia do ambulatório)	0,90	0,90	0,86	0,90	0,91	0,93	0,92

Fonte: CPC.



## Anexo 14



Análise das auditorias às transferências do serviço de Urgência do Hospital de Cascais		
	Relatório de auditoria 2012	Relatório de auditoria 2013
Ano em que foi realizado	2012	2013
Período de análise da amostra	Ano de 2012	Novembro e Dezembro de 2013
Nº total de atendimentos	PP: 137.096 PE: 147.209	PP: 148.628 PE: 153.197
Nº de transferências	3.972 (2,7% do total de atendimentos de urgentes)	3.984 (2,5% do total de atendimentos de urgentes), no ano de 2013. No período de análise, o número de transferências foi de 521.
Amostra - Nº de atendimentos	466	521 (apenas consideradas 506)
Amostra detalhada por tipo de atendimento do serviço de urgência	Urgência Geral: 322 Urgência Obstétrica/Ginecológica: 20 Urgência Pediátrica: 124	Urgência Geral: 442 Urgência Obstétrica/Ginecológica: 3 Urgência Pediátrica: 61
Resultado da análise	- 121 transferências, do total da amostra, foram transferências indevidas, que indiciam adicionalmente indisponibilidade do serviço de urgência; - 76 foram transferências inadequadas por outro motivo. Total de transferências indevidas: 197 (42,3% da amostra).	- 87 transferências, do total da amostra, foram transferências indevidas, que indiciam adicionalmente indisponibilidade do serviço de urgência; - 82 foram transferências inadequadas por outro motivo. Total de transferências indevidas: 169 (33,4% da amostra)
Transferências indevidas por tipo de urgência	No final de 2013 apurou-se que apenas 113 transferências indevidas tinham indício de indisponibilidade. No total da amostra foram apuradas 26% de transferências indevidas. Por tipo de urgência, as transferências indevidas representam 26,7%, 30% e 23,4 %, do total de amostras de Urgência Geral, Urgência Ginecológica/Obstétrica e Urgência Pediátrica, respetivamente.	No total da amostra foram apuradas 17,2% de transferências indevidas. Por tipo de urgência, as transferências indevidas representam 33,5%, 66,7% e 31,1%, do total de amostras de Urgência Geral, Urgência Ginecológica/Obstétrica e Urgência Pediátrica, respetivamente.
Principal razão das transferências	No ano de 2012, para os três tipos de Urgência, o principal motivo de transferência indicado pelos próprios clínicos de serviço na Urgência, é a falta de capacidade técnica (348 casos, 74,6% do total)	Nos meses de Novembro e Dezembro do ano de 2013, para os três tipos de Urgência, o principal motivo de transferência indicado pelos próprios clínicos de serviço na Urgência, é a falta de capacidade técnica (369 casos, 72,9% do total)
Fundamentação dos relatórios de transferência	Do total da amostra, 410 transferências têm o respetivo relatório. Dos relatórios existentes na amostra, 92,6% estão devidamente fundamentados.	Do total da amostra, 465 transferências têm o respetivo relatório. Dos relatórios existentes na amostra, 97,2% estão devidamente fundamentados.
Recomendações	1- Que seja implementado um apoio, efetivo e estruturado, por parte das especialidades que pertencem ao perfil assistencial do Hospital de Cascais, no horário normal de funcionamento do Hospital, ao Serviço de Urgência. 2- Melhorar a formação da equipa da urgência. 3- Que a EGEST determine a elaboração e a implementação de normas de orientação clínica a aplicar no Serviço de Urgência que tracem a fronteira entre a patologia a transferir e aquela a reter, e contendo a definição de critérios de gravidade/necessidade de apoio imediato. 4- Melhorar a articulação com os Hospitais para os quais os utentes são transferidos.	1- Que seja implementado um apoio, efetivo e estruturado, por parte das especialidades que pertencem ao perfil assistencial do Hospital de Cascais, no horário normal de funcionamento do Hospital, ao Serviço de Urgência. 2- Melhorar a formação da equipa da urgência. 3- Que a EGEST determine a elaboração e a implementação de normas de orientação clínica a aplicar no Serviço de Urgência que tracem a fronteira entre a patologia a transferir e aquela a reter, e contendo a definição de critérios de gravidade/necessidade de apoio imediato. 4- Melhorar a articulação com os Hospitais para os quais os utentes são transferidos.
	Relatório de auditoria 2014	Relatório de auditoria 2014
	2015	2015
	Ano de 2014	Ano de 2014
	PP: 150.896 PE: 159.358	PP: 150.896 PE: 159.358
	2.630 (1,7% do total de atendimentos de urgentes)	2.630 (1,7% do total de atendimentos de urgentes)
	325	325
	Urgência Geral: 260 Urgência Obstétrica/Ginecológica: 4 Urgência Pediátrica: 61	Urgência Geral: 260 Urgência Obstétrica/Ginecológica: 4 Urgência Pediátrica: 61
	- 106 transferências, do total da amostra, foram transferências indevidas, que indiciam adicionalmente indisponibilidade do serviço de urgência; - 35 foram Transferências Inadequadas por outro motivo. Total de transferências indevidas: 141 (43,4% da amostra)	- 106 transferências, do total da amostra, foram transferências indevidas, que indiciam adicionalmente indisponibilidade do serviço de urgência; - 35 foram Transferências Inadequadas por outro motivo. Total de transferências indevidas: 141 (43,4% da amostra)
	No total da amostra foram apuradas 32,6% de transferências indevidas. Por tipo de urgência, as transferências indevidas representam 28,5%, 50% e 49,2%, do total de amostras de Urgência Geral, Urgência Ginecológica/Obstétrica e Urgência Pediátrica, respetivamente.	No total da amostra foram apuradas 32,6% de transferências indevidas. Por tipo de urgência, as transferências indevidas representam 28,5%, 50% e 49,2%, do total de amostras de Urgência Geral, Urgência Ginecológica/Obstétrica e Urgência Pediátrica, respetivamente.
	No ano de 2014, para os três tipos de Urgência, o principal motivo de transferência indicado pelos próprios clínicos de serviço na Urgência, é a falta de capacidade técnica (277 casos, 85,2% do total).	No ano de 2014, para os três tipos de Urgência, o principal motivo de transferência indicado pelos próprios clínicos de serviço na Urgência, é a falta de capacidade técnica (277 casos, 85,2% do total).
	Do total da amostra, 312 transferências têm o respetivo relatório. Dos relatórios existentes na amostra, 94,5% estão devidamente fundamentados.	Do total da amostra, 312 transferências têm o respetivo relatório. Dos relatórios existentes na amostra, 94,5% estão devidamente fundamentados.
	1- Que seja implementado um apoio, efetivo e estruturado, por parte das especialidades que pertencem ao perfil assistencial do Hospital de Cascais, no horário normal de funcionamento do Hospital, ao Serviço de Urgência. 2- Melhorar a formação da equipa da urgência. 3- Que a EGEST determine a elaboração e a implementação de normas de orientação clínica a aplicar no Serviço de Urgência que tracem a fronteira entre a patologia a transferir e aquela a reter, e contendo a definição de critérios de gravidade/necessidade de apoio imediato. 4- Melhorar a articulação com os Hospitais para os quais os utentes são transferidos. 5- Melhorar o registo de transferências passando a incluir a especialidade requisitada no hospital de destino de modo a facilitar a realização de análises sectoriais e melhorar a detecção de desvios passíveis de serem corrigidos. 6- A EGEST deverá promover a melhoria da qualidade dos registos efetuados no processo clínico eletrónico. 7- Melhorar o sistema de informação de forma a aumentar o rigor dos reportes da EGEST para efeitos de auditorias.	1- Que seja implementado um apoio, efetivo e estruturado, por parte das especialidades que pertencem ao perfil assistencial do Hospital de Cascais, no horário normal de funcionamento do Hospital, ao Serviço de Urgência. 2- Melhorar a formação da equipa da urgência. 3- Que a EGEST determine a elaboração e a implementação de normas de orientação clínica a aplicar no Serviço de Urgência que tracem a fronteira entre a patologia a transferir e aquela a reter, e contendo a definição de critérios de gravidade/necessidade de apoio imediato. 4- Melhorar a articulação com os Hospitais para os quais os utentes são transferidos. 5- Melhorar o registo de transferências passando a incluir a especialidade requisitada no hospital de destino de modo a facilitar a realização de análises sectoriais e melhorar a detecção de desvios passíveis de serem corrigidos. 6- A EGEST deverá promover a melhoria da qualidade dos registos efetuados no processo clínico eletrónico. 7- Melhorar o sistema de informação de forma a aumentar o rigor dos reportes da EGEST para efeitos de auditorias.



## Anexo 15





## Inquérito (Aces de Cascais e Sintra)

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

1- Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Boa

2. Como classifica o dinamismo do Hospital de Cascais para efeitos da adequada articulação (em termos globais)?

1- Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom

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

- a. Formação de profissionais?

- b. Estruturação de protocolos de referênciação?

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

- d. Resposta a situações de exceção (Gripe H1N1/vagas de calor...)?

- e. Definição da estratégia subjacente aos planos estratégicos/Planos locais de saúde?

- f. Definição de estratégia ao nível da contratualização de desempenho ?

- g. Reuniões periódicas ?

1- Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Boa

4. No processo de alta do doente após internamento hospitalar, existe uma continuidade de cuidados através da articulação entre as equipas de gestão de altas do hospital e a equipa de cuidados de saúde primários que irá seguir o doente?

1 – Nunca; 2 – Por vezes; 3 – Sempre;

5. No âmbito da referenciação como avalia a resposta do Hospital de Cascais, no que respeita ao prazo de marcação de consulta tendo em conta as necessidades clínicas 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 a realização de MCDT?

1-Inadequado; 2-Adequado;

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

1-Sim; 2 – Não

Em caso afirmativo, quais:

---

---

8. Como considera a informação clínica de retorno enviada pelo Hospital de Cascais para posterior seguimento dos doentes?

1– Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Boa

9. Comparando com o que acontece com o Hospital de Cascais, como classifica a articulação do ACES/CS com outros hospitais do SNS?

1 – Pior; 2- Igual; 3-Melhor



## Inquérito (CHLO)

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

1 Insuficiente; 2 Suficiente; 3- Boa

2 – No âmbito das transferências hospitalares, os doentes do Hospital de Cascais são acompanhados de relatório médico?

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

3 – Atendendo ao perfil assistencial do Hospital de Cascais como considera globalmente, do ponto de vista clinico, 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 Cascais para efeitos da adequada articulação (em termos globais)?

1- Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom

5- Na resposta a situações de exceção (Gripe H1N1/vagas de calor...) como classifica o grau de cooperação na articulação do Hospital de Cascais com o CH/H?

1- Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Boa

6 - Comparando com o que acontece com o Hospital de Cascais, como classifica a articulação do CH/H com outros hospitais do SNS?

1 – Pior; 2- Igual; 3-Melhor



## Anexo 16





## Conceitos

<b>ACES</b>	Agrupamento de centros de saúde - serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.
<b>CPC</b>	O Custo Público Comparável representava aquando da sua realização a melhor estimativa que o parceiro público estimava obter no caso de ser o mesmo a gerir a vertente clínica do Hospital de Cascais, em regime de gestão pública. O CPC é utilizado como instrumento essencial para aferir a existência ou não, de <i>Value for Money</i> para o erário público associado à parceria, funcionando como <i>cap</i> no processo de avaliação objetiva das propostas dos privados.
<b>Doente Padrão</b>	O cálculo do doente padrão baseia-se na transformação da atividade hospitalar por natureza heterogénea numa unidade de produção única de forma a possibilitar o exercício de comparação entre entidades.
<b>Falhas de desempenho</b>	Ato ou omissão da EGEST que implica o não cumprimento dos Parâmetros de Desempenho constantes, respetivamente, dos apêndices 1 e 2 do Anexo V ao Contrato de Gestão.
<b>GDH</b>	<p>Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. A cada grupo é associado um peso relativo, isto é, um coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional.</p> <p>Os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH, podendo ainda ser normais/típicos ou de evolução prolongada em função</p>

da variável tempo de internamento.

Os episódios de doentes em ambulatório, médico ou cirúrgico, que resultem em GDH faturável em ambulatório correspondem a um doente equivalente.

#### **ICM**

Relativizando cada GDH face a um ponderador nacional = 1, o ICM obtido em cada hospital reflete a relatividade desse hospital face aos outros, em termos da complexidade da sua casuística e também face a um padrão nacional = 1. Assim, se o ICM obtido num hospital for de 1,1341 a complexidade da sua casuística estará 13,41% acima da complexidade média nacional e 14,59 acima da complexidade de um hospital com ICM de 0,9882.

#### **Produção Prevista**

Corresponde à previsão de todas as prestações de saúde a realizar no âmbito da atividade do Estabelecimento Hospitalar, para cada período, em regra anual, de execução do Contrato de Gestão, determinada nos termos da Cláusula 37.<sup>a</sup> do Contrato de Gestão.

#### **Verba de convergência**

A verba de convergência configura um apoio financeiro extraordinário limitado ao mínimo espaço de tempo necessário à adequação da estrutura de custos aos preços praticados e ao volume de produção contratada. A atribuição da verba de convergência está dependente de pedido expresso do Conselho de Administração da instituição apoiada à respetiva ARS, acompanhado de um plano de ajustamento viável. O plano de ajustamento descreve medidas estruturadas de redução dos custos operacionais e estabelece metas precisas (quantitativa e temporalmente) para a sua implementação. A ARS negocia cada plano de ajustamento individualmente, tal como o peso relativo de cada meta no montante da verba de convergência, e propõe a sua aprovação à ACSS. O pagamento da verba de convergência está dependente do cumprimento das metas estabelecidas entre as partes.