

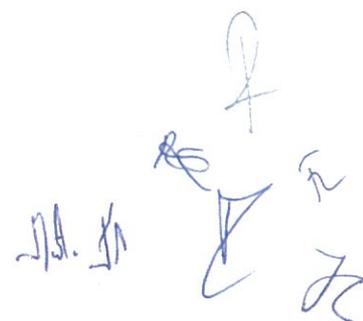
HOSPITAL DE CASCAIS

RELATÓRIO INTERCALAR

EQUIPA DE PROJETO

*constituída e nomeada ao abrigo do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho,
do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos*

07 de outubro de 2016



ÍNDICE

0. SUMÁRIO EXECUTIVO	3
1. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS	5
1.1. COLOCAÇÃO DO PROBLEMA.....	5
1.2. ANTECEDENTES.....	8
1.3. OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS DA EQUIPA DE PROJETO	17
1.3.1. Despacho n.º 8300/2016	17
1.3.2. Enquadramento legal.....	19
1.3.3. Organização dos trabalhos.....	20
1.4. OBJETO DO PRESENTE RELATÓRIO	21
1.5. SEQUÊNCIA.....	22
2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO	24
2.1. ENQUADRAMENTO E PRESSUPOSTOS.....	24
2.2. DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA.....	27
2.3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA	30
2.3.1. Primeiro momento da análise.....	30
2.3.2. Segundo momento da análise.....	35
2.4. BREVE DESCRIÇÃO DAS SOLUÇÕES POSSÍVEIS; REMISSÃO	36
3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA AO HOSPITAL DE CASCAIS	39
3.1. CARATERIZAÇÃO DA PPP DO HOSPITAL DE CASCAIS	39
3.1.1. Origem e antecedentes	39
3.1.2. Contexto e enquadramento legal.....	42
3.1.3. Conceção do modelo contratual de parceria.....	44
3.1.4. Programa de PPP hospitalares em que se insere o Hospital de Cascais.....	46
3.1.5. Estudo, lançamento e contratualização da PPP relativa ao Hospital de Cascais.....	47
3.1.6. Perfil assistencial, dimensão e área de influência	52
3.1.7. Mecanismos de remuneração e de determinação anual da produção.....	54
3.2. AVALIAÇÃO DO MODELO DE PPP	64
3.2.1. Avaliação do Contrato de Gestão em vigor.....	67
3.2.2. Estudo da ERS sobre o modelo das PPP no sector da saúde.....	219
3.2.3. Riscos do cenário de internalização	226
3.2.4. Da resposta à “primeira questão central”.....	233
3.3. AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO DA FACULDADE CONTRATUAL DE RENOVAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO PELO ESTADO PORTUGUÊS.....	235
3.3.1. Alterações a introduzir no Contrato de Gestão, identificadas pela ARSLVT	236
3.3.2. Outras alterações contratuais.....	253
3.3.3. Análise jurídico-financeira das alterações a introduzir.....	254
3.3.4. Análise do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do Contrato de Gestão.....	278
4. PROPOSTA DE DECISÃO	281
5. PASSOS SUBSEQUENTES	281
6. ANEXOS	284
7. ANÁLISE DO IMPACTO ORÇAMENTAL DA PPP DE CASCAIS	287

0. SUMÁRIO EXECUTIVO

Perante a iminência de caducidade dos contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares de Braga e Cascais, surge a necessidade de o Estado Português ponderar as opções, cenários e procedimentos que se lhe colocam com vista a assegurar, sem interrupções e da melhor forma possível, a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes servidos pelos hospitais em causa.

Neste contexto, foi atribuída à Equipa de Projeto a função de desenvolver os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões públicas que se precipitam no quadro da caducidade dos referidos contratos de gestão. Desde logo, e no que concerne especificamente ao objeto do presente Relatório, cumpre à Equipa de Projeto *identificar e avaliar* tecnicamente os diferentes modelos passíveis de garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o termo do prazo inicial dos contratos, e, de entre esses modelos, *propor aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, se entende dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público.*

Para o efeito, a Equipa de Projeto identificou a necessidade de autonomizar e priorizar a avaliação dos cenários relativos à gestão clínica dos hospitais em causa, refletida na elaboração de relatórios fundamentados e propostas de decisão individuais e apresentadas em momentos distintos, visando, assim, **(i)** assegurar a conclusão em tempo útil da (presente) análise relativa ao Hospital de Cascais, cujo hipotético cenário de renovação terá de ser implementado até ao final de 2016, e **(ii)** beneficiar, no caso do Hospital de Braga, da curva de aprendizagem que porventura decorra da experiência do Hospital de Cascais.

Tendo em vista a prossecução do mandato que lhe foi confiado, a Equipa de Projeto começou por definir os aspetos metodológicos da sua atuação, assumindo como princípio basilar a aplicação de *critérios comuns* a todas as PPP de gestão clínica atualmente existentes, de forma a garantir que cada proposta de decisão resulte de uma metodologia única, homogénea, transversal e preditiva, que se traduza numa adequada fundamentação e que contemple, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato e o *value for money* do mesmo numa lógica “*ex-post*”, a demonstração da vantagem da opção em causa e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.



Página 3 de 291

Uma vez definida a metodologia a adotar, a Equipa de Projeto levou a cabo a sua concretização efetiva, procurando, no caso específico do Hospital de Cascais, ora em análise, responder a duas questões centrais sequenciais:

- Num *primeiro momento*, a de saber qual a solução de gestão clínica, pública ou privada, que apresenta para o Estado maior *value for money*, e
- Num *segundo momento*, e, admitindo-se que, na resposta à “*primeira questão central*” se concluiu que a gestão clínica privada apresenta maior *value for money* para o Estado do que um cenário de gestão pública, a de apurar se deve o Estado, no caso específico do Hospital de Cascais, exercer a sua faculdade de renovação do contrato de gestão clínica ou, ao invés, iniciar um novo procedimento contratual.

Assim, pelo presente Relatório, considera a Equipa de Projeto resultar identificado e fundamentado, no que respeita especificamente à gestão clínica do Hospital de Cascais, o *modelo que deve ser adotado com vista à melhor prossecução do interesse público*, tendo por base um conjunto de pressupostos que demonstram, por um lado, **(i)** a existência de *value for money* da PPP em face de um cenário de internalização, e, por outro lado, **(ii)** que não se encontram reunidos todos os requisitos necessários a uma decisão de renovação do contrato de gestão.

Neste sentido, e para o efeito previsto na alínea *a)* do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016, propõe a Equipa de Projeto a aprovação do presente Relatório, bem como a prossecução dos passos subsequentes para a aprovação do lançamento de uma nova parceria e a adoção de todas as diligências necessárias ao desenvolvimento do procedimento concursal tendente à formação do novo contrato para a gestão clínica do Hospital de Cascais.

Caso os membros do Governo com competência para o efeito assim o entendam, e uma vez cumpridos todos os requisitos necessários para o efeito, a Equipa de Projeto assumirá, nos termos do n.º 2 do referido Despacho n.º 8300/2016 a responsabilidade pelo desenvolvimento de todas as fases, ações e procedimentos necessários à implementação do modelo escolhido.

1. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

1.1. Colocação do problema

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

2. No que diz respeito à *gestão do estabelecimento hospitalar*¹, os preditos contratos têm uma duração de dez anos a contar da data da transmissão do estabelecimento hospitalar, a qual, em regra, “*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 20º 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*”².

Prevê-se, não obstante, a possibilidade de extensão deste período inicial, por recurso à faculdade de renovação do contrato⁴.

¹ Relativamente à gestão do edifício, a cargo das EGED, o prazo é de trinta anos a contar da data de assinatura de cada contrato – *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. Só assim não é relativamente ao Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, em que a data de produção de efeitos corresponde à data da transmissão do estabelecimento hospitalar (*cf.* n.ºs 1 e 2 da cláusula 140.ª).

² Ou, no caso do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira, após o dia 15.

³ *Cfr.* 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. 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*” (*cf.* n.º 1 da cláusula 38.ª e n.º 1 da cláusula 1.ª).

⁴ *Cfr.* 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; e n.ºs 2 e 3 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira.

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

No caso do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, a possibilidade de renovação depende ainda, nos termos do n.º 2 da respetiva cláusula 38.ª, cumulativamente, de⁵:

- a) O resultado das avaliações de desempenho realizadas ser qualificado, em todos os anos, no mínimo, como “bom”;
- b) O parceiro público não pretender, *“por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato”*; e de
- c) A renovação não colidir *“com qualquer dos princípios do regime de parcerias definido no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto⁶, especialmente o disposto na alínea e) do artigo 3.º desse diploma⁷”*.

4. A renovação dos contratos de gestão, na parte referente ao estabelecimento hospitalar, é da *iniciativa do parceiro público*, que tem de manifestar essa sua vontade através de notificação à EGEST até dois anos antes do final do prazo inicial aplicável ou da respetiva renovação⁸.

Não é, contudo, unilateral: posteriormente à notificação pelo parceiro público, e caso assim o entenda, a EGEST tem de dar o seu acordo até dezoito meses antes do final do prazo de vigência em curso, sob pena de operar efetivamente a caducidade do contrato.

⁵ Cfr. n.º 2 da cláusula 38.ª do respetivo contrato de gestão.

⁶ Diploma que define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, pese embora se encontre significativamente esvaziado de conteúdo na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio (“**Decreto-Lei n.º 111/2012**”).

⁷ Desta disposição legal decorria a necessidade de a contratação (*in casu*, renovação) “*ser precedida de uma avaliação prévia sobre a sua economia, eficiência e eficácia, bem como de uma análise da respetiva suportabilidade financeira*”.

⁸ Cfr. 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.

5. No *Anexo 1* ao presente Relatório, poderá ser encontrado um quadro-síntese dos termos e prazos de vigência de cada um dos contratos de gestão celebrados, que evidencia que, no que diz respeito à vertente clínica, tais contratos começarão a atingir o seu termo já a partir do ano de 2018, assumindo especial destaque a prestação de serviços clínicos no âmbito do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, que caducará a 31 de dezembro de 2018.

Por outro lado, e tendo em conta a antecedência contratualmente exigida para a eventual decisão de renovação, conclui-se que tal intenção, a confirmar-se, terá de ser notificada pelo parceiro público à respetiva EGEST até às datas-limite abaixo indicadas:

CONTRATO DE GESTÃO (EGEST)	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO
HOSPITAL DE CASCAIS	Até 31.12.2016
HOSPITAL DE BRAGA	Até 31.08.2017
HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA	Até 31.05.2019
HOSPITAL DE LOURES	Até 18.01.2020

6. Perante a iminência de caducidade dos mencionados contratos de gestão dos estabelecimentos hospitalares, surge a necessidade de o Estado Português⁹ ponderar as opções, cenários e procedimentos que se lhe colocam com vista a assegurar, sem interrupções e da melhor forma possível, a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes servidos pelos hospitais em causa.

7. Sendo esta a premissa básica na génese deste Relatório, importa conhecer, antes de mais, os circunstancialismos e as opções que conduziram à constituição da equipa de projeto por via do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho, do Coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos (“**Equipa de Projeto**”) e que relevam na definição do mandato que lhe foi conferido e, conseqüentemente, na condução dos trabalhos e na definição do objeto do presente Relatório.

⁹ O parceiro público, nestas PPP, ou, como contratualmente designado, a entidade pública contratante “EPC”.

1.2. Antecedentes

8. Com efeito, o processo de formação da decisão do parceiro público em face da aproximação do termo de vigência da vertente clínica dos contratos de PPP da saúde não começa, verdadeiramente, com a constituição da Equipa de Projeto.

Pelo contrário, ainda antes do início dos trabalhos de que se dá conta no presente Relatório, foram promovidas diligências e definidas posições e orientações internas, que aqui se acolhem e concretizam, e que resultaram da articulação prévia entre os Gabinetes governamentais relevantes (*maxime*, Saúde e Finanças), entidades tuteladas com competência na matéria (com destaque para a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. – “ACSS” – e para a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos – “UTAP”) e Administrações Regionais de Saúde envolvidas (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. – “ARSLVT” – e Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. – “ARSN”).

9. Logo em 10 de novembro de 2014, é proferido Despacho de Sua Exa. o Ministro da Saúde, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete, datada de 6 de novembro de 2014 (*cf.* Anexo 2 ao presente Relatório), na qual se alerta para o aproximar do termo do prazo inicial dos contratos de gestão e se assinala a “*complexidade técnica e morosidade inerente*” à formação da vontade do Estado quanto à sua eventual renovação e a necessidade de “*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*”.

Propõe-se, para o efeito, que a ACSS diligencie no sentido de criar uma equipa de projeto constituída pelas entidades com competências na monitorização e gestão de PPP, nomeadamente a ACSS, a UTAP e as Administrações Regionais de Saúde, “*com o objetivo de propor uma metodologia de avaliação comparativa das diferentes opções alinhadas, de forma a suportar a decisão do Estado*”.

São aí, desde logo, antecipados três cenários de decisão possível, a saber:

- a) *Renovação* do contrato com a EGEST;

- b) *Lançamento* de novo procedimento pré-contratual para seleção de novo cocontratante;
- c) *Reversão*, para o Estado, do estabelecimento e da responsabilidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes da respetiva área de influência.

Recomenda-se, ainda, tendo nomeadamente em conta os requisitos constantes do n.º 2 da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, que “*o processo de decisão [seja] homogéneo em todas as PPP no sector da saúde, [...] assegurando o tratamento equitativo de todos os parceiros privados*”.

10. Na sequência deste Despacho:

- a) O Gabinete de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde remeteu a citada Nota Interna ao Gabinete de Sua Exa. o Secretário de Estado das Finanças que, em dezembro de 2014, a reencaminhou à UTAP, para conhecimento e eventuais comentários; e
- b) A ACSS, em janeiro de 2015, solicitou aos Presidentes dos Conselhos Diretivos da ARSLVT e da ARSN que, na qualidade de representantes do Estado nos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais, Loures, Vila Franca de Xira e Braga, indicassem o(s) elemento(s) a integrar na futura equipa de projeto¹⁰.

11. Neste contexto, são ainda elaboradas e enviadas à ACSS Informações da ARSLVT¹¹ e da ARSN¹², com a apreciação interna da execução e término dos respetivos contratos de gestão, incluindo, no caso do Hospital de Cascais, um elenco de alterações contratuais que a ARSLVT identifica, desde logo, como necessárias.

¹⁰ No final de fevereiro de 2015, a ARSN indicou o Dr. Pedro Brito Esteves (gestor do Contrato de Gestão do Hospital de Braga), tendo, por seu turno, a ARSLVT indicado, no início de março de 2015, o Dr. João Matos (coordenador da Equipa de PPP da ARSLVT) e o Dr. Ricardo Brito (membro da Equipa de PPP da ARSLVT).

¹¹ *Cfr.* 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 de fevereiro de 2015, que constitui o Anexo 2 à proposta fundamentada da ACSS que integra o Anexo 10 ao presente Relatório.

¹² *Cfr.* Informação “Funcionamento da Parceria Público-Privada do Hospital de Braga (Entidade Gestora do Estabelecimento) e o valor acrescentado pelo serviço prestado”, de 23 de fevereiro de 2015, que constitui o Anexo 3 à proposta fundamentada da ACSS que integra o Anexo 10 ao presente Relatório.

12. Em 13 de abril de 2015, é emitida a Informação UTAP n.º 006/2015 (*cf. Anexo 3* ao presente Relatório), na qual, corroborando a posição e urgência anteriormente manifestadas pelo Ministério da Saúde, na sua Nota Interna, se sustenta que:

- a) Muito embora devam ser estabelecidos *critérios comuns de decisão* – aplicáveis a todos os contratos, para que a decisão do Estado possa tratar de forma igualitária as parcerias em causa e possam adotar-se procedimentos e requisitos idênticos –, a *decisão* quanto ao futuro destes contratos não tem de ser, em si mesma, homogênea, antes devendo atender às circunstâncias de cada contrato e da respetiva execução, bem como ao momento em que tal decisão é tomada e aos requisitos legais e contratuais aplicáveis;
- b) Tratando-se de uma decisão com relevantes implicações económico-financeiras e jurídicas e com impacto nas contas públicas, e por analogia com o que aconteceu no procedimento decisório que esteve na base da celebração destes contratos e com o que ora surge previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012 em relação aos processos de estudo e lançamento de novos projeto em modelo de PPP, deve a mesma ser *preparada com a participação de entidades do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças e tomada em conjunto pelos membros do Governo responsáveis por essas áreas*;
- c) Qualquer cenário, de renovação ou de não renovação, deve 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 Decreto-Lei n.º 111/2012;
- d) Deve ser dada prioridade à tomada de decisão relativa ao Hospital de Cascais, uma vez que, se nesse sentido for a decisão do Estado, a manifestação de vontade de renovar o contrato, através de notificação à EGEST, dever ocorrer *até 31 de dezembro de 2016*.

São ainda concretizados, nesta Informação, os passos procedimentais que decorrem da adoção de cada um dos cenários aventados.

13. A Informação UTAP n.º 006/2015 é, depois, remetida, através do Despacho n.º 651/15-SEF, de 5 de maio, de Sua Exa. o Secretário de Estado das Finanças, para os

devidos efeitos, a Sua Exa. o Ministro da Saúde e a Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde.

14. Com base nesta Informação, é elaborada, em 3 de novembro de 2015, Nota Interna do Gabinete de Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (*cf.* Anexo 4 ao presente Relatório), na qual se concorda globalmente com os termos avançados pela UTAP e se reitera a necessidade de promover o célere andamento dos trabalhos.

Sobre esta Nota Interna, despachou Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, em 4 de novembro de 2015, no sentido de (i) remeter à ACSS, à ARSLVT e à ARSN o processo e de (ii) reiterar a necessidade e urgência de, em linha com o Despacho de Sua Exa. o Ministro da Saúde, de 10 de novembro de 2014, dar início ao procedimento de análise prévia, devidamente fundamentada, que permita uma avaliação comparativa das diferentes opções.

15. Por Ofício de 23 de dezembro de 2015¹³, dirigido pela ACSS ao Gabinete de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde (*cf.* Anexo 5 ao presente Relatório), vem aquela entidade deixar à consideração de Sua Exa. o Ministro da Saúde um conjunto de entendimentos, dos quais se destaca a necessidade ou conveniência de:

- a) Definir os critérios e pressupostos dos trabalhos a desenvolver;
- b) Sem prejuízo de tais critérios e pressupostos deverem ser homogêneos e coerentes para as quatro PPP, assegurar tomadas de decisão faseadas e autónomas para cada uma delas;
- c) Dar prioridade à tomada de decisão relativa ao Hospital de Cascais;
- d) Considerar como um dos elementos fundamentais, no apoio à decisão do Estado, a aferição do *value for money* das parcerias, na vertente clínica.

16. No dia 19 de fevereiro de 2016, tem lugar uma reunião entre Sua Exa. o Ministro da Saúde, Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças e Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde com representantes da ACSS, da ARSLVT, da

¹³ Com a referência 13391/2015/DPS7ACSS.

ARSN e da UTAP, tendo por objeto a preparação do processo de tomada de decisão referente ao término dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais e de Braga, com apresentação da posição de cada uma das entidades presentes e identificação das alternativas de decisão (*cf.* agenda de trabalhos que se junta como *Anexo 6* ao presente Relatório).

Nessa reunião, e na sequência de Despacho de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde, de 16 de fevereiro de 2016, é ainda entregue, como elemento de apoio à discussão e análise, a Nota Interna do respetivo Gabinete, de 12 de dezembro de 2015 (*cf.* *Anexo 7* ao presente Relatório), na qual se sublinha:

- a) A urgência na preparação das soluções para Cascais e Braga, que passa por *“preparar todo o trabalho técnico necessário de modo a garantir que, na exata data em que os atuais Contratos cessarem, a solução alternativa está, não apenas pensada ou em preparação, mas plenamente operacionalizável”*;
- b) O afastamento da hipótese de, não renovando, atribuir a gestão clínica a privados fora do modelo de PPP, *“por ser pouco compaginável com a manutenção, em paralelo, da contratação em PPP da componente do edifício”*;
- c) A necessidade de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças, em especial com a UTAP, na preparação e escolha do cenário a adotar;
- d) A vantagem de, em linha com o Programa do XXI Governo Constitucional, prosseguir com a avaliação independente das PPP hospitalares, que se sugere que seja levada a cabo pela Entidade Reguladora da Saúde (“ERS”).

17. Em conformidade com o definido nesta reunião, a ACSS e a UTAP trabalharam em conjunto, com o apoio da ARSLVT e da ARSN, na identificação dos cenários de “Renovação” e de “Não Renovação”, bem como dos principais riscos, termos e condições, o que resulta num mapa de análise transmitido às Tutelas Sectorial e Financeira e que se junta como *Anexo 8* ao presente Relatório¹⁴.

No cenário de “**Renovação**” (Cenário A.), são ponderadas as seguintes alternativas:

¹⁴ E que constitui o Anexo 4 à proposta fundamentada da ACSS que integra o *Anexo 10* ao presente Relatório.

- a) *Mera renovação* com a atual EGEST, ou seja, manutenção dos termos e condições do contrato de gestão atualmente em vigor, sem modificações, apenas incluindo eventuais atualizações necessárias (Cenário A.1);
- b) *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, no respeito pelos limites legais de modificação objetiva dos contratos públicos, seguida de renovação do contrato renegociado (Cenário A.2).

No cenário de “**Não Renovação**” (Cenário B.), analisam-se as seguintes hipóteses:

- a) *Estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP na vertente clínica*, pela implementação do procedimento previsto nos artigos 9.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, 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 (“**CCP**”) (Cenário B.1);
- b) *Adoção de outro modelo de contratação de gestão clínica*, pela implementação de um procedimento diferente do modelo de PPP (Cenário B.2);
- c) *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).

Neste documento, adverte-se ainda para o facto de qualquer uma das opções dever 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*, nos termos defendidos pela UTAP e pela ACSS nas respetivas informações internas (*cf.* n.º 12 e n.º 15 *supra*). Isto, para além de dever 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 e requisitos legais e contratuais subjacentes a cada caso.

18. Este mapa de análise é, depois, objeto de reflexão em nova reunião, realizada no dia 26 de fevereiro de 2016, na presença de Sua Exa. o Ministro da Saúde, Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças e Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde e de representantes da ACSS, da ARSLVT, da ARSN e da UTAP (*cf.* agenda de trabalhos que se junta como *Anexo 9* ao presente Relatório).

Neste contexto, analisadas as vantagens e os riscos dos cenários de renovação/não renovação, é afastado pelos membros do Governo aí presentes, desde logo pelas condicionantes de várias ordens elencadas no referido mapa, o cenário de renovação (o Cenário A.) e concluído que, atentas as hipóteses identificadas, do ponto de vista técnico, jurídico, económico-financeiro e do interesse público, o cenário relativo ao designado Cenário B.1 seria a hipótese a adotar.

19. Não obstante, com base na Nota Interna de 18 de março de 2016, sobre a qual é exarado despacho de concordância de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde, de 21 de março de 2016 (*cf.* *Anexo 10* ao presente Relatório), é solicitada a Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças a constituição de uma equipa de projeto, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, com as devidas adaptações em função da fase de desenvolvimento dos trabalhos.

A sustentar este pedido encontra-se a proposta vertida no Ofício n.º 3684/2016, de 17 de março, da ACSS (“**Proposta Fundamentada**”, que integra o *Anexo 10* ao presente Relatório), que é acolhida sem qualquer reserva e que passa pela constituição, por aplicação dos artigos 9.º e 10.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de uma equipa de projeto com uma *dupla missão* de:

- a) *Num primeiro momento, tendo presente as datas-limite em que terão que ser tomadas as decisões de renovação ou não renovação dos contratos de gestão clínica dos Hospitais de Braga e Cascais, identificar e avaliar tecnicamente os modelos passíveis de assegurar a continuidade da prestação dos cuidados após o término desses contratos – aqui se incluindo tanto os já identificados na sobredita reunião de 26 de fevereiro, como quaisquer outros que venham a ser equacionados –, propondo, de entre esses modelos, fundamentadamente, do ponto de vista técnico, jurídico, económico-financeiro, aquele que deve ser adotado visando a melhor prossecução do interesse público;*

- b) *Num segundo momento, desenvolver todas as fases procedimentais, diligências e ações necessárias à implementação do cenário escolhido.*

São 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.

Com relevância para os trabalhos da equipa de projeto a constituir, o referido Despacho de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde acolhe ainda um conjunto 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 desta 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 31.12.18, 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, 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 clínico (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.”***



20. Sobre este modelo, é emitida a Informação UTAP n.º 013/2016, de 14 de abril, na qual se propõe a Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças que determine à UTAP, ao abrigo do disposto nos artigos 9.º e 10.º do Decreto-Lei n.º 111/2012 e com caráter de urgência, a constituição de uma equipa de projeto com o objeto e a composição identificados pela Tutela Sectorial, sem prejuízo da indicação dos demais membros pela Tutela Financeira.

Quanto ao enquadramento e funcionamento da referida equipa, acrescenta-se, nesta Informação, que:

- a) Admitindo-se que a equipa de projeto funcione nos moldes previstos pela ACSS, com objeto dual, é aconselhável a elaboração de um *relatório fundamentando intercalar* na sequência da conclusão dos trabalhos da primeira fase, que deverá ser submetido e suportar uma *decisão política por parte das tutelas sectorial e financeira* quanto à fixação do cenário a implementar, na fase seguinte, pela mesma equipa;
- b) Sendo certo que a aplicação estrita do Decreto-Lei n.º 111/2012 só se imporia já na segunda fase do mandato da referida equipa e apenas nos subcenários de lançamento de uma nova parceria¹⁵ ou, porventura, de renegociação seguida de renovação¹⁶, nada obstará (sendo até recomendável) a que, *ad hoc*, no despacho de constituição da equipa, se determine que a mesma exercerá um conjunto de tarefas mais alargado (como o proposto) e que, na execução das mesmas, se aplique, com as devidas adaptações, o regime previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012;
- c) Este mandato alargado não dispensa, porém, que, o exercício efetivo de funções expressamente incluídas no âmbito do referido Decreto-Lei fique dependente do preenchimento integral, *a posteriori*, dos requisitos legais aplicáveis.

21. Sobre a Informação UTAP n.º 013/2016, é, então, exarado o Despacho n.º 45/16, de 10 de maio, de Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das

¹⁵ A cargo de uma “equipa de projeto”, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 9.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 111/2012.

¹⁶ A cargo de uma “comissão de negociação”, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 19.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 111/2012.

Finanças, determinando a constituição de uma equipa de projeto, em linha com o disposto no n.º 3 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 111/2012.

22. Em conformidade, a Equipa de Projeto é *constituída* ao abrigo do Despacho n.º 8300/2016, de 16 de junho, do Coordenador da UTAP, publicado no Diário da República, n.º 121, 2.ª Série, de 27 de junho de 2016 (“**Despacho n.º 8300/2016**”, que constitui o *Anexo 11* ao presente Relatório), sendo *nomeados os seguintes elementos*:

a) Presidente

Joana Cristina Veiga Carvalho Barbosa (UTAP);

b) Restantes membros efetivos:

Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões (ACSS);

João Luís Lemos de Matos (ARSLVT);

Pedro de Brito Esteves (ARSN);

Maria Ana Soares Zagallo (UTAP);

Rita Domingues dos Santos da Cunha Leal (UTAP); e

Filipa Sequeira Leite (UTAP).

c) Membros suplentes:

Pedro Nobre da Veiga Neto Miranda (ACSS);

Alexandra Trigo Vaz Carneiro Xardoné (ARSLVT);

Mariana Bon de Sousa Moniz de Bettencourt (UTAP); e

Inês Margarida Costa Bernardo (UTAP).

1.3. Objetivos e Competências da Equipa de Projeto

1.3.1. Despacho n.º 8300/2016

23. Em resposta às diligências anteriores e em consonância com as orientações traçadas, o Despacho n.º 8300/2016 vem mandar a Equipa de Projeto para desenvolver

os trabalhos necessários com vista a suportar as decisões públicas que se precipitam no quadro da caducidade dos contratos de gestão dos Hospitais de Cascais e de Braga.

24. Esses trabalhos, já se sabe, deverão avançar a *dois tempos*:

a) *Num primeiro momento*, cumpre:

i) *Identificar e avaliar* tecnicamente os diferentes modelos passíveis de garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o termo do prazo inicial dos contratos;

ii) De entre esses modelos e tendo por base os procedimentos e pressupostos previstos no Decreto-Lei n.º 111/2012, com as devidas adaptações, *propor aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, se entende dever ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público*, em relatório que inclua a sua fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira e proponha os passos procedimentais, ainda não cumpridos, necessários para a sua implementação, a apresentar aos membros do Governo com competência nas áreas da Saúde e das Finanças, para efeitos de tomada de uma decisão política a esse respeito;

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

25. Focando-se sobretudo na *primeira fase*, de formação de uma proposta de decisão, o Despacho n.º 8300/2016 identifica algumas diretrizes, que vêm em linha, embora não esgotem, as orientações internas que precederam os trabalhos da Equipa de Projeto, nomeadamente a necessidade de:

a) Garantir a continuidade, sem interrupções e da melhor forma possível, da prestação de cuidados de saúde às populações servidas pelos hospitais;

b) Avaliar o impacto dos cenários nas contas públicas;

- c) Avaliar as opções na ótica da melhor prossecução possível dos interesses públicos em presença;
- d) Ter por base uma mesma metodologia, sem prejuízo de as propostas de decisão não serem coincidentes.

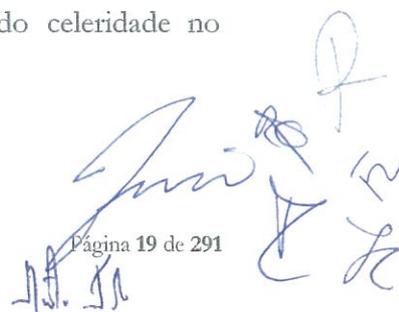
1.3.2. Enquadramento legal

26. Tendo em conta a panóplia de tarefas cometida à Equipa de Projeto por via do Despacho n.º 8300/2016, constata-se que, não só o primeiro exercício, de avaliação e confronto entre os vários modelos possíveis, como também alguns dos cenários de implementação subsequente do modelo adotado, escapam à aplicação direta do Decreto-Lei n.º 111/2012. Em bom rigor, este diploma legal só seria necessariamente aplicável depois de se decidir avançar com o lançamento de uma nova parceria ou com a renegociação de determinado contrato.

27. Ainda assim, cedo se entendeu pautar este processo pela atuação conjunta dos Ministérios da Saúde e das Finanças, o que resultou na proposta, pela ACSS, no seu Ofício n.º 3684/2016, de observância do processo previsto para a contratação de uma nova parceria, com as devidas adaptações:

“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 as respetivas condições devem ser precedidas de análise, acompanhadas 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 do 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”.

Esta solução é entendida, também como “forma a mitigar o risco de não concretização [da solução]” que venha a ser escolhida, aproveitando sinergias e ganhando celeridade no desenvolvimento dos trabalhos abarcados por cada fase.



28. No mesmo sentido, na Informação UTAP n.º 013/2016 concordou-se integralmente com o proposto, “*não só porque torna possível a execução dessas tarefas de forma mais simples, célere, eficaz e eficiente por serem realizadas pelo mesmo grupo de trabalho – aproveitando-se assim os conhecimentos e as sinergias que necessariamente se criarão no seio da equipa, sendo, aliás um trabalho necessariamente consequente – , mas também porque a alternativa seria criar uma estrutura de missão, uma comissão ou um grupo de trabalho paralelo, que, na prática, desempenharia exatamente as mesmas funções que serão desempenhadas pela equipa de projeto, mas que poderia implicar uma eventual menor eficiência (designadamente pelo não aproveitamento da antecipável economia de experiência) que [...] não se justifica*”.

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

Ressalva-se, porém, que, caso a decisão política que venha a ser tomada na sequência da avaliação dos cenários em confronto implique a implementação subsequente de modelos expressamente abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 111/2012 (concretamente, o lançamento de uma nova parceria ou a renegociação do contrato), o desenvolvimento dos respetivos trabalhos fique dependente do preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis e ainda não observados – ressalva que ficou expressamente contemplada na parte final da alínea *b)* do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016.

1.3.3. Organização dos trabalhos

29. Com a publicação do Despacho n.º 8300/2016 em Diário da República, em 27 de junho de 2016, foram de imediato iniciados os trabalhos da Equipa de Projeto, que reuniu, pela primeira vez, no dia 30 de junho seguinte.

30. Logo nessa reunião, foram acordados os principais pressupostos das tarefas a empreender nesta primeira fase, dos quais se destaca:

- a) A necessidade de autonomizar e priorizar a avaliação dos cenários relativos à gestão clínica dos hospitais em causa, refletida na elaboração de relatórios fundamentados e propostas de decisão individuais e apresentadas em momentos distintos. Com esta solução, pretende-se, não só assegurar a conclusão em tempo útil da análise relativa ao Hospital de Cascais (cujo hipotético cenário de renovação terá de ser implementado até ao final de 2016), como aproveitar os oito meses de diferença de prazo para o Hospital de Braga para introduzir alguma melhoria no processo e metodologia adotada que se revele necessária ou adequada em face da curva de aprendizagem que porventura decorra da experiência (anterior) do Hospital de Cascais;
- b) A fixação do prazo interno de 30 de setembro de 2016 para a conclusão dos trabalhos de análise pela Equipa de Projeto e para estabilização da proposta de relatório, cuja versão final e assinada deveria ser submetida, poucos dias depois, às Tutelas Sectorial e Financeira, para aprovação ;
- c) A definição, em linha com as orientações recebidas, de uma metodologia de avaliação comum a todos os hospitais.

31. Desde então, foram realizadas diversas reuniões, de âmbito alargado ou específico, quer entre os membros da Equipa de Projeto, quer com a participação e apoio de outros elementos das entidades envolvidas (em particular, da ACSS e da UTAP).

1.4. OBJETO DO PRESENTE RELATÓRIO

32. Sob este pano de fundo, pretende-se, no presente Relatório, dar cumprimento ao disposto na alínea a) do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016, que dispõe que a Equipa de Projeto, depois de identificar e avaliar tecnicamente os diferentes cenários de decisão possíveis, deve propor aos membros do Governo com competência nas áreas da Saúde e das Finanças, em relatório fundamentado, aquele que, do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro, entenda ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução dos interesses públicos em presença.

Isto, sublinhe-se, por ora especificamente no que respeita à gestão clínica do Hospital de Cascais, pelos motivos acima alinhados.



33. Uma vez tomada uma decisão política no sentido da adoção de determinado cenário, a Equipa de Projeto passará a assumir a responsabilidade pela condução dos trabalhos necessários à efetivação dessa solução e ao cumprimento de todos os requisitos legais e contratuais exigidos para o efeito.

Findos esses trabalhos, a Equipa de Projeto emitirá novo relatório, de suporte à implementação do cenário escolhido, em cumprimento dos constrangimentos temporais que se imponham como forma de assegurar a não interrupção da prestação dos serviços clínicos aos utentes deste hospital.

1.5. SEQUÊNCIA

34. O presente Relatório, em linha com o exposto nos pontos anteriores, congrega as principais conclusões dos trabalhos da Equipa de Projeto e os seus principais pressupostos, e respetiva fundamentação, que sustentam a proposta desta equipa quanto à solução a adotar em face do término da vigência da vertente clínica do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais.

Com esse objetivo, iniciar-se-á o presente estudo pela apresentação da metodologia elaborada e adotada pela Equipa de Projeto para avaliar, “do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro”, os vários cenários possíveis.

Como decorrência da aplicação dessa metodologia, avaliar-se-á, num primeiro momento, o modelo de PPP. Para o efeito, o Relatório contempla, a título prévio, um ponto referente à caracterização da realidade, clínica e contratual, sobre a qual a análise a encetar vai incidir, ao que se segue a avaliação, propriamente dita, da PPP de Cascais. Nessa sede, procurar-se-á, nomeadamente, aferir, numa lógica *ex post*, do *value for money* atual da parceria, sob dois pontos de vista distintos, a saber: (i) por um lado, verificar em que medida o *value for money* perspetivado pelo Estado aquando da decisão de lançamento do procedimento se veio efetivamente a materializar e em que medida; e (ii) por outro, aferir o *value for money* da parceria, tendo por base uma comparação relativa, assente nos valores historicamente verificados, por confronto do hospital em causa com um conjunto de unidades hospitalares em gestão pública, consideradas (de acordo com os critérios definidos pela Equipa de Projeto) comparáveis com esse hospital.

Ainda no contexto da avaliação da PPP de Cascais, ponderar-se-á, no presente Relatório, a avaliação da execução contratual de facto **(i)** na perspetiva do gestor do contrato (inserindo-se esta análise no quadro da avaliação da Performance individual da PPP) e **(ii)** na opinião de outros *stakeholders* (no contexto, quer da performance individual da PPP, quer da performance relativa da PPP), com os quais o hospital se relaciona no quadro do Contrato de Gestão, designadamente ao nível das redes de referênciação.

A completar a comparação efetuada entre a manutenção do modelo de PPP e o cenário de gestão pública dos serviços, o Relatório contempla ainda um ponto dedicado aos riscos do cenário de internalização.

Com base nestas análises, o presente Relatório apresentará um ponto síntese do qual se deduzirá acerca da eventual superioridade relativa do modelo de PPP por comparação com o modelo de internalização dos serviços clínicos, propondo, consequentemente, “o cenário da PPP” ou o “cenário da internalização”.

No pressuposto que se encontra justificada a manutenção de um modelo de PPP, seguir-se-á, no presente Relatório, a análise dos pressupostos da renovação contratual, por forma a averiguar, entre o mais, qual o cenário, de renovação ou de não renovação, que se revela mais consentâneo com a defesa dos interesses públicos em presença. A este respeito, encontrar-se-á, no Relatório, a análise jurídico-financeira das alterações a introduzir no Contrato de Gestão, num cenário de renovação ou de celebração de um novo contrato, bem como a análise do cumprimento dos requisitos elegidos na metodologia definida pela Equipa de Projeto como necessários a uma decisão de renovação.

Por fim, o Relatório culmina com uma proposta de decisão dirigida aos membros da tutela responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, completando essa proposta com uma súmula conclusiva dos passos subsequentes a adotar e a análise do impacto orçamental da opção recomendada pela Equipa de Projeto.

2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

2.1. Enquadramento e pressupostos

35. Definido o objeto do presente Relatório e conhecidos os objetivos traçados pelo Despacho n.º 8300/2016, importa agora apresentar a metodologia elaborada e adotada pela Equipa de Projeto para avaliar, “do ponto de vista técnico, jurídico e económico-financeiro”, os vários cenários possíveis e, por conseguinte, aferir qual se recomenda que deva “*ser o modelo a adotar com vista à melhor prossecução do interesse público*”, tendo sempre presente que esta análise deve incluir, necessariamente, a “*fundamentação económica e a respetiva viabilidade financeira*” associadas a cada um dos referidos cenários identificados (“**Metodologia**”).

36. A Metodologia de avaliação definida pela Equipa de Projeto foi elaborada tendo por base um princípio basilar, que tem sido, aliás, consistentemente defendido pelas várias entidades com competências na monitorização e gestão das PPP do sector da saúde (designadamente, a ACSS, a UTAP e o próprio Ministério da Saúde), em sede das suas respetivas pronúncias no contexto da formação da decisão do Estado relativamente ao término dos contratos de gestão na vertente clínica¹⁷.

Trata-se, pois, de garantir que, na avaliação da opção do Estado relativamente à renovação ou não renovação de qualquer um desses contratos, sejam aplicados *critérios comuns*, de tal forma que cada proposta de decisão resulte de uma **metodologia única, homogénea, transversal e preditiva**, que se traduza numa adequada fundamentação e que contemple, necessariamente, a avaliação do equilíbrio económico-financeiro do contrato e o *value for money* do mesmo numa lógica “*ex-post*”, a demonstração da vantagem da opção em causa¹⁸ e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público.

¹⁷ *Cfr.*, a título de exemplo, e pela sua precedência cronológica., as posições referidas nos n.ºs 9, 12 e 15 *supra*.

¹⁸ Por exemplo, a vantagem da renovação contratual, secundarizando, assim, a abertura de um novo procedimento ou a vantagem de um cenário de internalização dos serviços clínicos por oposição a um cenário de manutenção da opção de PPP.

37. Não obstante esta preocupação de construção de uma metodologia única, entende-se, contudo, que, tal como defendido pela UTAP na sua Informação n.º 006/2015, cada “*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.*”

Deve ainda atender-se aos circunstancialismos do momento da efetiva tomada de decisão, uma vez que as datas de termo do primeiro e do último prazo contratual aplicável são separadas por mais de três anos.

38. A outro nível, é de reter que, caso se conclua pela vantagem de ser mantida a gestão clínica sob a égide de um modelo de PPP, a opção entre os cenários de renovação ou de não renovação deve, em qualquer caso, observar os condicionalismos decorrentes da legislação aplicável, incluindo as disposições e princípios previstos no enquadramento jurídico aplicável às PPP, nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012.

Importa aqui ter presentes, desde logo, os contornos da figura da renovação contratual, bem como os limites que comumente são erguidos ao recurso à mesma. A título exemplificativo, refira-se o entendimento do Tribunal de Contas de que 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 corresponde 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*” (Acórdão n.º 5/2012, de 17 de dezembro¹⁹). Ademais, revela-se ainda necessário, como melhor se verá, demonstrar a vantagem desta solução perante as demais.

Ainda num cenário de renovação, e caso o mesmo possa porventura ser precedido de um hipotético processo de modificação objetiva, cabe verificar da necessidade de aplicação das exigências constantes do Decreto-Lei n.º 111/2012 para a renegociação de contratos.

Da mesma maneira, perfilhando-se o lançamento de uma nova parceria, devem ainda ser integralmente preenchidos os requisitos legais aplicáveis e ainda não observados do referido Decreto-Lei, bem como o CCP.

¹⁹ Em sentido idêntico, *cf.* Acórdão do Tribunal de Contas n.º 6/2013, de 9 de julho.

39. A manutenção da parceria atualmente existente, por via da adoção do cenário de renovação, terá de observar ainda os constrangimentos resultantes do contrato de gestão.

No que se refere ao clausulado contratual, importa lembrar que todos os contratos de PPP atualmente em vigor 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.

Esta possibilidade, à qual não são associadas, de forma expressa, quaisquer condições ou restrições adicionais, no caso de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, depende, no caso do Hospital de Loures, de **(i)** “o resultado das avaliações de desempenho ao abrigo da Cláusula 74.ª do Contrato” ser “qualificado, em todos os anos, no mínimo, como BOM”; **(ii)** “a Entidade Pública Contratante não [pretender], 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 [colidir] com qualquer dos princípios do regime de parcerias”.

No entanto, tendo em consideração o princípio basilar assumido pela Equipa de Projeto, entendeu-se ser fundamental assumir os requisitos adicionais previstos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures, estendendo-os a todos os demais contratos, sob pena de ficar comprometida a almejada homogeneidade da Metodologia.

40. Acresce que, aquando da constituição da Equipa de Projeto, existia já um conjunto de estudos, relatórios e documentos de análise, produzidos no quadro do processo de ponderação da decisão do Estado Português quanto ao término dos contratos, aos quais aludiu a ACSS no contexto da sua Proposta Fundamentada, recomendando a consideração dos mesmos no seio dos trabalhos da Equipa de Projeto.

Tendo em consideração a inquestionável utilidade do referido trabalho prévio desenvolvido, a Equipa de Projeto considerou, desde logo, o conteúdo destes documentos:

- a) Como ponto de partida da sua própria Metodologia, sem prejuízo, naturalmente, de ser assumido que os mesmos seriam perscrutados de forma crítica no decorrer dos trabalhos²⁰; ou

²⁰ A título meramente exemplificativo, refira-se o caso do Relatório do *Value for Money* da PPP Hospitalar do Hospital de Braga, disponibilizado pela ARSN, e que consta como Anexo 1 à Proposta Fundamentada da ACSS, e em relação ao qual essa entidade considera (*cf.*: resulta do exposto no n.º 43 da Proposta

- b) Como parte integrante da sua Metodologia, quando tal se revelou recomendável – tal como aconteceu no caso do Estudo de Avaliação das Parcerias Público-Privadas na Saúde, elaborado pela ERS, no contexto da avaliação externa independente prevista no Programa do XXI Governo Constitucional (e que, à data de elaboração da Proposta Fundamentada, não se encontrava ainda concluído).

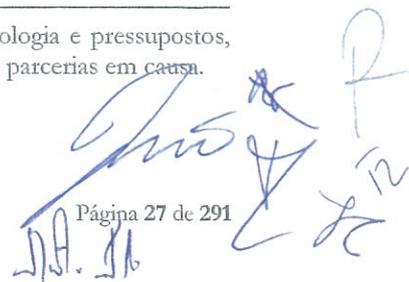
Importa contudo referir que, de acordo com o modelo de *governance* estabelecido, a Equipa de Projeto assumiu, desde o início, a necessária reconfirmação de todos os pressupostos utilizados nos referidos estudos, de forma a garantir a propriedade das suas conclusões, designadamente no que se refere ao processo de avaliação do *value for money* das parcerias em causa.

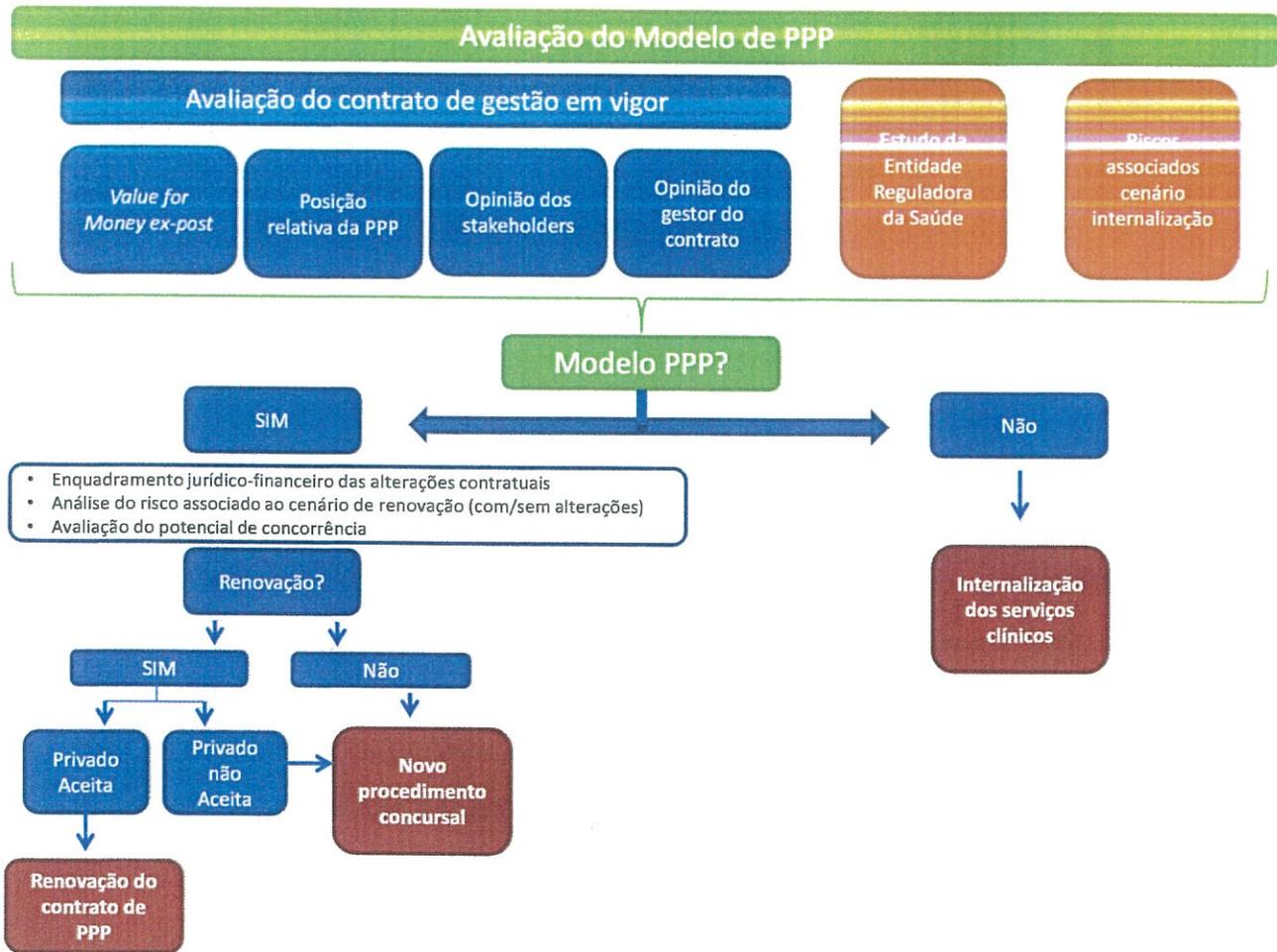
No que respeita ao teor da Proposta Fundamentada, foram ainda considerados os elementos enunciados pela ARSLVT e pela ARSN como modificações a introduzir aos respetivos contratos (*cf.* Anexos 2 e 3, respetivamente, à Proposta Fundamentada), tendo sido a análise jurídico-financeira dos seus impactos considerada para efeitos da definição da proposta de decisão.

2.2. Definição da Metodologia

41. Assentes os pressupostos enunciados, a Equipa de Projeto desenvolveu e adotou a Metodologia de avaliação dos vários “*modelos passíveis de ser adotados para garantir a continuidade da prestação dos cuidados após o término*” dos contratos de PPP, que se encontra esquematicamente ilustrada na seguinte figura (“**Árvore de Decisão**”):

Fundamentada) que a Equipa de Projeto deve questionar a sua atualidade, metodologia e pressupostos, tanto mais que um dos objetivos da equipa é precisamente aferir o *value for money* das parcerias em causa.





42. Daqui decorre que, como ponto prévio e prioritário a qualquer análise e à seleção dos vários cenários equacionáveis, a Equipa de Projeto entendeu que, *num primeiro momento*, se deveria começar por responder a uma “*primeira questão central*”:

“*No caso das PPP atualmente existentes no sector da saúde, qual a solução de gestão clínica, pública ou privada, que apresenta para o Estado maior value for money?*”

Para este efeito, a Metodologia parte de um *raciocínio lógico dedutivo*, no qual se procura (i) por um lado, concluir sobre a razoabilidade e o valor acrescentado (a vários níveis, seja em termos técnicos, financeiros ou contratuais/alocação de risco) do modelo de PPP, quando aplicado genericamente à prestação de serviços clínicos; e (ii) por outro lado, aferir da racionalidade económica subjacente à aplicação do modelo de PPP em concreto ao

hospital objeto de análise, considerando as especificações concretas e particulares do respetivo contrato de gestão, bem como o resultado da sua *execução de facto*²¹.

Com base neste primeiro exercício, afigura-se, desde logo, possível *deduzir* acerca da eventual superioridade relativa do modelo de PPP face ao modelo da internalização dos serviços clínicos e, em consequência, eleger um de entre os dois cenários possíveis: o “cenário da PPP” ou o “cenário da internalização”.

43. *Num segundo momento, respondida a “primeira questão central”, verifica-se que:*

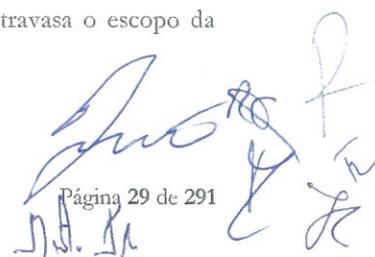
- a) Nos casos em que o cenário escolhido seja o “cenário da internalização”, a aplicação da Metodologia fica, de imediato, concluída, inferindo-se a partir daí o sentido da proposta de decisão da Equipa de Projeto;*
- b) Nos casos em que se encontre justificada a decisão de continuidade do “cenário da PPP”, parte-se para a resposta a uma “segunda questão central”:*

“Admitindo-se que a gestão clínica privada apresenta maior value for money para o Estado, do que um cenário de gestão pública, deve o Estado, no caso específico do hospital em causa, exercer a sua faculdade de renovação do contrato, ou, ao invés, iniciar um novo procedimento contratual?”

Torna-se, pois, imprescindível averiguar qual o cenário, de “renovação” ou “não renovação”, que se revela mais consentâneo com a necessária e intransigente defesa dos interesses públicos em presença. Em função desta última análise, o resultado da aplicação da Metodologia culmina com uma proposta de decisão no sentido do “exercício da faculdade de renovação do contrato por parte do parceiro público” ou de “lançamento de um novo procedimento”.

Ainda no contexto desta decisão entre os cenários de “exercício da faculdade de renovação do contrato por parte do parceiro público” ou de “lançamento de um novo procedimento”, a Metodologia pressupõe, naturalmente, que sejam consideradas as alterações contratuais classificadas, no âmbito da Proposta Fundamentada, como imprescindíveis pelas entidades públicas

²¹ Importa deixar claro que a validação da *execução de facto* dos contratos de gestão extravasa o escopo da missão da Equipa de Projeto.



Página 29 de 291

encarregues da gestão dos contratos (a ARSLVT, no caso de Cascais, e a ARSN, no caso de Braga), bem como “os riscos e os limites que são necessários verificar em concreto no procedimento de renovação ou de não renovação de cada contrato de gestão”, desde logo, contratuais e legais.

2.3. Aplicação da Metodologia

44. Uma vez definida a abordagem metodológica desenvolvida e adotada pela Equipa de Projeto – a qual se propõe que seja aplicada, de forma uniforme e transversal, a todas as PPP da saúde e, desde já, às PPP de Cascais e de Braga, que constituem o mandato atual da Equipa de Projeto –, importa agora descrever a forma como se entende que a Metodologia deve ser aplicada em concreto.

2.3.1. Primeiro momento da análise

45. Em linha com a estrutura avançada anteriormente e tal como decorre da figura constante do n.º 41, **no primeiro momento da análise**, relativo à “avaliação do modelo PPP”, a Metodologia incorpora:

- a) Não só a avaliação do contrato em vigor (*cf.* Ponto 3.2. do presente Relatório); mas também;
- b) Os resultados da avaliação técnica independente levada a cabo pela ERS²², relativamente à gestão dos hospitais em regime de PPP, a qual procurou identificar “o que de positivo [as PPP] trouxeram ao SNS, mas também que desvantagens comparativas encerram”, com base numa análise das vertentes de eficiência relativa, de eficácia, de qualidade clínica e de custos de regulação (*cf.* Ponto 3.2.2 do presente Relatório); e

²² O referido estudo, cujas conclusões se detalham no Ponto 3.2.2. do presente Relatório, foi elaborado por pedido expresso do Ministério da Saúde, conforme decorre do referido no n.º 16 *supra*, tendo o mesmo sido concluído em 23 de fevereiro de 2016.

- c) Os riscos associados à implementação de um cenário de internalização²³ (*cf.* Ponto 3.2.3. do presente Relatório).

46. No que respeita à componente relativa à “avaliação do contrato em vigor” (referida na alínea *a*) do número anterior), convém explicitar desde já que a Metodologia visa, numa lógica *ex-post*, aferir o *value for money* atual da parceria, sob dois pontos de vista distintos, a saber:

- a) Por um lado, verificar em que medida o *value for money* (nas suas várias componentes, considerando, simultaneamente, aspetos qualitativos e quantitativos) perspetivado pelo Estado aquando da decisão de lançamento do procedimento se veio efetivamente a materializar e em que medida (“*Performance individual da PPP*”). Para tal, a Metodologia prevê o recurso a uma análise dos resultados da *execução contratual de facto*, com o propósito de averiguar o nível de cumprimento das expectativas iniciais ao longo do período analisado (*cf.* Ponto 3.2.1.1. do presente Relatório); e
- b) Por outro lado, aferir o *value for money* da parceria, tendo por base uma comparação relativa, assente nos valores historicamente verificados, por confronto do hospital em causa com um conjunto de unidades hospitalares em gestão pública, consideradas (de acordo com os critérios definidos pela Equipa de Projeto, melhor descritos no Ponto 3.2.1.2.1. do presente Relatório) comparáveis com esse hospital, o designado “**Grupo de Referência**” (“*Performance relativa da PPP*”).

Ainda no contexto da “avaliação do contrato em vigor”, a Metodologia pressupõe que sejam consideradas duas componentes adicionais, relativas à avaliação da *execução contratual de facto*: **(i)** por um lado, a opinião do gestor do contrato relativamente ao desempenho do parceiro privado ao longo do período de execução (inserindo-se esta análise no quadro da avaliação da *Performance individual da PPP*); e **(ii)**, por outro lado, a opinião de outros *stakeholders* (no contexto, quer da *Performance individual da PPP*, quer da *Performance relativa da PPP*), com os quais o hospital se relaciona, no quadro do contrato de gestão, designadamente ao nível das redes de referênciação.

²³ Não se aborda, neste ponto, os aspetos da racionalidade económica associada a este cenário, uma vez que essa questão será analisada, ao contrário, aquando da aferição do valor acrescentado da PPP em termos económico-financeiros e contratuais/alocação de risco.

47. No que se refere, em concreto, à metodologia para avaliação do *value for money* de uma parceria, importa ter presente o enquadramento legal atualmente aplicável às PPP, concretamente, os princípios que, de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, deverão presidir à avaliação de uma parceria.

Com efeito, nos termos do referido diploma legal, o lançamento de uma qualquer parceria deve assentar num conjunto de pressupostos que demonstrem a racionalidade económica da mesma e os benefícios para o sector público relativamente a formas alternativas de alcançar os mesmos fins. Ora, convocando estes princípios (subjacentes ao momento do lançamento da parceria) numa lógica *ex-post*, poder-se-á concluir pela conveniência da sua aplicação na aferição do *value for money* atual das parcerias em questão, o que se revela particularmente pertinente quando dessa avaliação dependerá uma eventual decisão futura de lançamento de uma nova parceria ou de renovação da atualmente existente.

Por outras palavras, identifica-se, na análise do tema em presença, uma certa analogia com a análise que, nos termos e para os efeitos do Decreto-Lei n.º 111/2012, deve preceder qualquer decisão de lançamento de uma PPP.

Neste contexto, e seguindo, mais uma vez, um *raciocínio lógico dedutivo*, concluiu a Equipa de Projeto ser prudente e recomendável absorver, no seu exercício de aferição do *value for money* atual das PPP, os princípios base previstos nos diplomas legais aplicáveis às PPP, desde logo os que decorrem:

- a) Do disposto na alínea a) do n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, que impõe à equipa de projeto, no âmbito do processo de estudo e lançamento de um projeto, que elabora “*a justificação do modelo a adotar, demonstrando a inexistência de alternativas equiparáveis dotadas de maior eficiência técnica e operacional ou de maior racionalidade económica e financeira*” (sublinhado nosso); e
- b) Do n.º 2 do artigo 19.º da Lei de Enquadramento Orçamental, que estabelece que “*a avaliação da economia, da eficiência e da eficácia de programas com recurso a parcerias dos setores público e privado tomará como base um programa alternativo visando a obtenção dos mesmos objetivos com exclusão de financiamentos ou de exploração a cargo de entidades privadas, devendo incluir, sempre que possível, a estimativa da sua incidência orçamental líquida*”.

Destes princípios pode, pois, retirar-se a necessidade de avaliar a melhor opção de gestão clínica tendo por base o objetivo de maximização do valor aportado por essa opção, sobretudo em termos de benefício líquido para o sector público.

Afigura-se, assim, determinante, nesta fase, decidir entre *(i)* a opção de gestão exclusivamente pública e *(ii)* a opção de recurso a um modelo de PPP.

48. De acordo com o disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, uma PPP constitui um “*contrato ou a união de contratos por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar, mediante contrapartida, o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, em que a responsabilidade pelo investimento, financiamento, exploração, e riscos associados, incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado.*”

Nos termos do mesmo diploma, destacam-se como finalidades essenciais das parcerias a economia e o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos face a outros modelos de contratação, bem como a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço, induzida por formas de controlo eficazes que permitam a sua avaliação permanente por parte do parceiro público e dos potenciais utentes.

Ademais, e ao nível da repartição de responsabilidades, o modelo de PPP destaca-se do modelo tradicional de contratação pública pelo facto de permitir uma maior partilha de riscos entre os sectores público e privado, verificando-se que, em regra, incumbe *(i)* ao parceiro público o acompanhamento, a avaliação e o controlo da execução do objeto da parceria, de forma a garantir que são alcançados os fins de interesse público subjacentes; e *(ii)* ao parceiro privado o exercício e a gestão da atividade contratada, de acordo com os termos acordados, bem como o financiamento, no todo ou em parte, do projeto, quando este seja aplicável.

Atentas as opções existentes, a definição de PPP, e os fins visados com a mesma, seja em termos de serviço e de resultados, seja ao nível da alocação de responsabilidades e riscos, cumpre realçar que a recomendação da Equipa de Projeto em termos de opção entre um modelo de gestão pública ou privada se deve basear, *a final*, na garantia do *value for money* da opção recomendada. Desta forma, a opção pelo modelo de PPP deve ser adotada apenas quando a mesma se afigure como a mais recomendada para alcançar os fins pretendidos de economia, eficiência e eficácia na afetação dos recursos públicos, devendo

nesse caso a mesma revelar claramente um valor acrescentado para o erário público face às demais alternativas (*value for money*).

49. À luz das melhores práticas internacionais, o estudo do *value for money* de uma parceria deve assim compreender, necessariamente, uma **análise simultaneamente qualitativa** (nomeadamente em termos de inovação e gestão contratual) e **quantitativa** dos benefícios da PPP face à alternativa puramente pública, que suporte inequivocamente a escolha do modelo de PPP.

Assim, e no que concerne à parte quantitativa da referida análise, aquando do lançamento de uma qualquer parceria, entende-se que esta deve basear-se no Custo Público Comparável (“CPC”), que, em termos conceptuais, se traduz na ferramenta de cálculo do custo total do projeto ao longo do ciclo de vida do mesmo, quando este é implementado, operado, gerido e financiado pelo sector público. Este cálculo afigura-se fundamental, não só para justificar os eventuais benefícios associados à opção pela modalidade de PPP e, assim, realizar “*a avaliação da economia, da eficiência e da eficácia de programas com recurso a parcerias dos sectores público e privado*”²⁴, tal como estipula o n.º 2 do artigo 19.º da Lei de Enquadramento Orçamental, mas também para avaliar a estimativa da incidência orçamental líquida do projeto e respetiva comportabilidade.

O CPC assume-se, assim, como a ferramenta essencial que permite escolher entre opções com o mesmo nível de performance/valor, aquela que representa um custo inferior, desempenhando assim o papel de *benchmark* para efeitos de opção quanto à modalidade de contratação do projeto pelo sector público e ainda para fins de comparabilidade das propostas dos concorrentes, quando selecionado o regime de PPP.

Na sua essência, poderá afirmar-se que o *value for money* inicial de qualquer parceria, na sua vertente mais quantitativa, só é passível de ser corretamente aferido quando conhecidas as propostas dos concorrentes, uma vez que, por um lado, em termos quantitativos, este

²⁴ De acordo com o disposto no artigo 30.º do Regulamento (UE, EURATOM) n.º 966/2012, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de outubro de 2012, os princípios da economia, da eficiência e da eficácia, que devem reger qualquer boa gestão financeira de recursos, e que, naturalmente, se encontram embutidos nas análises preconizadas pela Equipa de Projeto na sua Metodologia, caracterizam-se da seguinte forma: *(i)* o princípio da **economia** determina que os meios utilizados pela instituição no exercício das suas atividades devem ser disponibilizados em tempo útil, nas quantidades e qualidades adequadas e ao melhor preço; *(ii)* o princípio da **eficiência** visa a melhor relação entre os meios utilizados e os resultados obtidos; e *(iii)* o princípio da **eficácia** visa a consecução dos objetivos específicos fixados e a obtenção dos resultados esperados.

valor acrescido é apurado pela diferença entre o valor do CPC e o valor da melhor oferta dos concorrentes em termos de preço (só conhecida numa fase final do procedimento) e, por outro lado, em termos qualitativos, existem componentes das referidas propostas que poderão influenciar o *value for money* da solução.

Por outro lado, crê-se que, não obstante esta primeira abordagem ao *value for money* da PPP por confronto direto entre o valor que resulta do CPC e o valor ao qual é adjudicado o contrato, em bom rigor, a verdadeira e mais correta medida do valor acrescentado de uma parceria só é possível aferir ao longo do período de execução.

2.3.2. Segundo momento da análise

50. Num **segundo momento da análise**, e tendo sido já possível encontrar uma resposta devidamente fundamentada para a “*primeira questão central*”, a abordagem metodológica da Equipa de Projeto ou **(i) termina**, nos casos em que a análise da “*primeira questão central*” permite concluir pela superioridade relativa do cenário de internalização, seja num contexto de abordagem holística das PPP clínicas, seja no concreto do hospital em causa, ou **(ii) se centra na procura de uma resposta para a “segunda questão central”** (assumindo, como premissa, a efetiva constatação inequívoca do *value for money* da PPP), na qual se confrontam os subcenários de renovação e de lançamento de nova parceria.

Para efeitos de análise e resposta à “*segunda questão central*”, referida *supra*, a Metodologia pressupõe, desde logo, aferir a medida do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do contrato de gestão do Hospital de Loures (*cf.* n.º 2 da cláusula 38.ª do respetivo contrato), cuja aplicação entendeu a Equipa de Projeto ser de estender a todos os demais contratos (*cf.* n.º 39 do presente Relatório), sob pena de ficar comprometida a almejada homogeneidade da Metodologia.

No caso de se ter como juridicamente admissíveis as alterações aos contratos consideradas imprescindíveis pelo parceiro público, a decisão de renovação deverá ainda depender da incorporação dessas mesmas alterações nos contratos.

A outro tempo, como posição de princípio, qualquer decisão de renovação do contrato de gestão em causa deve ser precedida de uma adequada fundamentação na ótica do interesse público. A este respeito, atente-se nas palavras do Tribunal de Contas, proferidas no Acórdão n.º 5/2012, de 17 de dezembro: “*Embora admissíveis, a prorrogação e*

renovação contratuais exigem adequada fundamentação, que contemplará, necessariamente, a ponderação do reequilíbrio económico-financeiro do contrato, a demonstração da vantagem da opção pela renovação/prorrogação contratuais [secundarizando, assim, a abertura de um novo procedimento], e, em qualquer caso, a explicitação da salvaguarda do interesse público”.

O que vale por dizer que a renovação só se justificará se, tudo ponderado, se conclua que essa solução prossegue mais cabalmente o interesse público do que as demais alternativas, nomeadamente do que a abertura de um novo procedimento concorrencial, visando a escolha de uma nova proposta.

2.4. Breve descrição das soluções possíveis; remissão

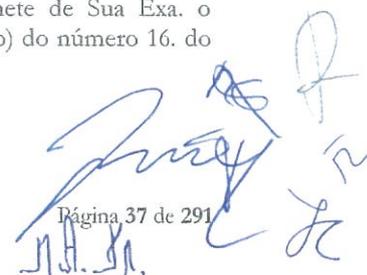
51. Em linha com os trabalhos que antecederam a constituição da Equipa de Projeto, foram assumidos como base de trabalho, no presente Relatório, os cenários de decisão identificados no mapa de análise que constitui o *Anexo 8*, para o qual se remete, que poderão ser reconduzidos aos seguintes:

- Cenário A.1: **Renovação do contrato de gestão**, na parte referente ao estabelecimento hospitalar, mantendo-se os exatos termos e condições do mesmo, sem prejuízo de eventuais atualizações;
- Cenário A.2: **Renovação do contrato precedida da negociação de alterações ao clausulado contratual**, operadas mediante modificação objetiva do contrato, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 111/2012. Este cenário pressupõe, previamente à renovação, a implementação de um procedimento negocial com o parceiro privado com vista à alteração do contrato, blindada aos limites legais da alteração objetiva dos contratos públicos, e posterior renovação do contrato renegociado;
- Cenário B.1: **Estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP**, na vertente de gestão do estabelecimento hospitalar (nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012 e do CCP);

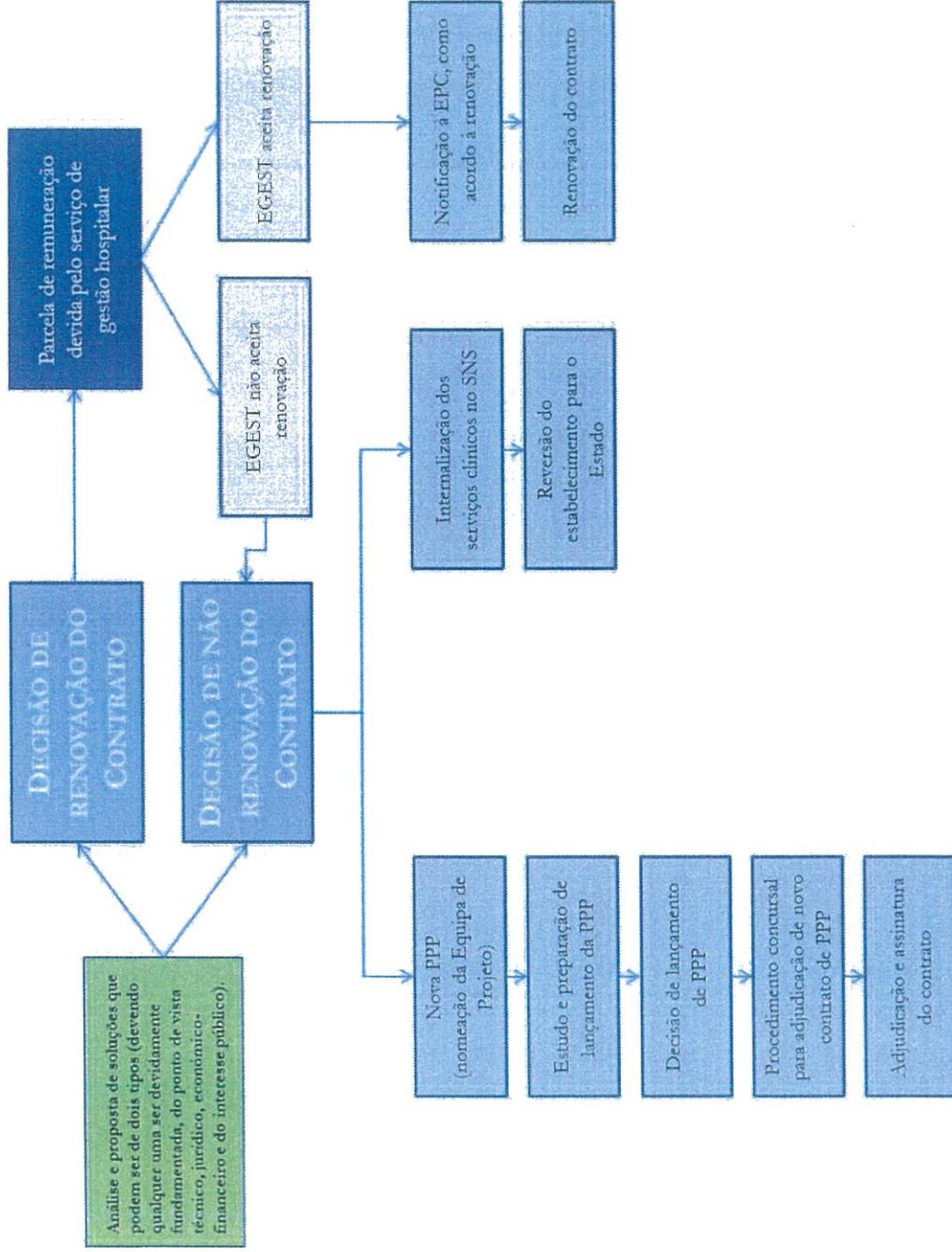
- Cenário B.2: **Adoção de outro modelo de contratação da gestão clínica**, concretizado pela implementação de um procedimento distinto do modelo de PPP²⁵;
- Cenário B.3: **Internalização dos serviços clínicos**, mediante adoção de um modelo de gestão direta pelo Estado, no SNS, através da implementação do mecanismo contratual de reversão do estabelecimento hospitalar para o parceiro público.

Noutro prisma, os vários cenários identificados *supra* podem ser resumidos esquematicamente do seguinte modo:

²⁵ Este cenário não foi objeto de análise por parte da Equipa de Projeto, uma vez que o mesmo foi desde logo afastado pela Tutela sectorial, conforme consta da Nota Interna do Gabinete de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde, de 12 de dezembro de 2015, *cf.* é referido na alínea b) do número 16. do presente Relatório.


Página 37 de 291

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



3. APLICAÇÃO DA METODOLOGIA AO HOSPITAL DE CASCAIS

52. Conhecido o ponto de partida dos trabalhos da Equipa de Projeto, em termos de finalidades, objeto e Metodologia, e ainda antes de se avançar para a “*primeira questão central*” deste Relatório, cumpre, a título prévio, caracterizar devidamente a realidade, clínica e contratual, sobre a qual a análise a encetar vai incidir.

3.1. Caraterização da PPP do Hospital de Cascais

3.1.1. Origem e antecedentes

53. O atual Hospital de Cascais tem origem no Centro Hospitalar de Cascais (“**CHC**”), criado em 2000, através da Portaria n.º 300/2000, de 29 de maio, com a integração do Hospital Condes de Castro Guimarães (“**HCCG**”) e do Hospital Ortopédico do Dr. José de Almeida (“**HOJA**”).

Previamente à criação do CHC, o HCCG e o HOJA constituíam unidades e pessoas coletivas distintas, afirmando-se o HCCG como hospital distrital com urgência médico-cirúrgica e o HOJA como hospital especializado em ortopedia/traumatologia. O HCCG prestava serviços de ortopedia/traumatologia aos seus utentes através de um protocolo celebrado com o HOJA e com o Hospital Ortopédico de Sant’Ana, este último, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Oeiras.

54. A criação do CHC, integrado na ARSLVT e incluído no grupo de hospitais do nível B, visou, sobretudo:

- a) Potenciar, através de uma gestão comum, as capacidades disponíveis no HCCG e no HOJA, cuja complementaridade assistencial, aos seus respetivos níveis técnicos, era praticamente absoluta, dada a ausência quase total de sobreposição de serviços ou áreas de prestação direta de cuidados clínicos;
- b) Responder às várias insuficiências de rentabilização de recursos já identificadas relativamente a cada uma dessas unidades, através da reorganização assistencial integrada dos dois hospitais (HCCG e HOJA);

- c) Obstar a algumas carências em matéria de recursos humanos e proporcionar uma maior fluidez na organização dos períodos de trabalho, considerando a escassez de recursos humanos, em especial nas áreas de maior diferenciação técnica;
- d) Potenciar as vantagens ao nível da organização e gestão administrativa, pela simplificação dos mecanismos de articulação entre os dois hospitais, pela maior facilidade em se tomarem decisões que permitissem conferir homogeneidade à gestão e pelo aproveitamento de algumas economias de escala, decorrentes da concentração de serviços e áreas administrativas, diminuindo-se, assim, algumas das vertentes dos custos de exploração; e
- e) Contribuir para uma gestão mais racional, eficiente e eficaz dos meios assistenciais, humanos, técnicos e financeiros dos dois hospitais.

O CHC iniciou a sua atividade tendo como principal missão a de dar resposta integrada às necessidades de saúde na sua área de influência, que abrangia, em primeira linha, a população do concelho de Cascais, sendo de referir que, em 2008 – ano anterior à transmissão do estabelecimento hospitalar²⁶ do CHC para a atual EGEST no âmbito do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais –, os centros de saúde da sua área de influência apresentavam uma população inscrita de cerca de 300 000 habitantes.

55. O CHC afirmou-se, desde a sua criação, como uma unidade hospitalar com urgência médico-cirúrgica e, em termos de perfil assistencial, assegurava a prestação de cuidados de saúde no âmbito das seguintes especialidades:

- Anestesiologia;
- Medicina interna;
- Cirurgia geral;
- Pneumologia;
- Gastreenterologia;
- Cardiologia;

²⁶ Ato mediante o qual a titularidade e a gestão do estabelecimento hospitalar foram transmitidas do CHC para a EGEST (parceiro privado na vertente clínica do contrato de gestão em regime de PPP).

- Obstetrícia/ginecologia;
- Pediatria;
- Ortopedia;
- Oftalmologia;
- Otorrinolaringologia.

Com uma lotação de 223 camas, possuía dois blocos operatórios, um em cada hospital, sendo um deles dedicado à cirurgia ortopédica, num total de cinco salas operatórias. A nível de ambulatório, dispunha de hospital de dia de oncologia e de hospital de dia de infeciologia. Dispunha, ainda, de dois sectores para consultas externas, um em cada hospital, num total de 21 gabinetes de consulta para as especialidades acima mencionadas. Na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, o CHC oferecia serviços de patologia clínica, imuno-hemoterapia, imagiologia, anatomia patológica e medicina física e reabilitação.

Ao nível da atividade assistencial, nos dois últimos anos de gestão direta do estabelecimento hospitalar pelo Estado, ou seja, 2007 e 2008, o CHC registou os seguintes níveis e indicadores de atividade:

Níveis e indicadores de atividade	2007	2008	Variação %
Doentes Saídos	10.530	9.722	-7,7%
Demora Média (dias)	7,40	8,07	9,1%
Taxa de Ocupação	84,10%	85,11%	1,2%
Número de Consultas Externas	79.784	80.867	1,4%
Primeiras Consultas	24.412	23.328	-4,4%
Consultas Subsequentes	55.372	57.539	3,9%
Número de Urgências	115.882	117.929	1,8%
Urgência Geral	75.894	76.665	1,0%
Urgência Pediátrica	32.623	33.840	3,7%
Urgência Obstetrícia	7.365	7.424	0,8%
Número de Intervenções Cirúrgicas	4.821	4.783	-0,8%
Número de Partos	1.093	1.104	1,0%
Número de Sessões de Oncologia	3.471	4.257	22,6%
Número de Sessões de Infeciologia	175	2.116	1.109,1%

56. O CHC veio a ser extinto através da Portaria n.º 296/2011, de 16 de novembro, já na vigência do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, considerando, além do mais, que do referido contrato decorria e veio efetivamente a decorrer a transmissão, para a EGEST, do estabelecimento hospitalar do CHC e de um conjunto de bens e relações jurídicas de que era titular o CHC, deixando, desse modo, de se verificar os requisitos que justificaram a sua criação.

3.1.2. Contexto e enquadramento legal

57. No final da década de 90 e perante a necessidade de realizar intervenções de renovação e de reorganização da rede do SNS, foi desde logo equacionado, pelos sucessivos Governos em funções, a possibilidade de recorrer ao estabelecimento de PPP's no sector da saúde como via para a realização dessas intervenções.

Visava-se, com o estabelecimento destas parcerias, implementar formas inovadoras de partilha do risco na prestação de cuidados de saúde, captar os benefícios advenientes das experiências de gestão privada e, bem assim, beneficiar do *know-how* e capacidade dos privados na conceção, construção, financiamento e exploração de unidades hospitalares.

58. Não admira, assim, que o sector da saúde tenha sido pioneiro em termos de regulamentação legal da estruturação de projetos na modalidade de PPP em Portugal.

Com efeito, o primeiro regime legal de PPP em Portugal foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, que definiu os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, entre o Ministério da Saúde, ou instituições e serviços integrados no SNS, e entidades privadas.

Só posteriormente, em 2003, veio a ser publicado o primeiro diploma de regulamentação de PPP transversal a todos os setores de atividade, a saber, o Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril, o qual estabeleceu as normas específicas aplicáveis à intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento das PPP.

Refira-se que este último diploma admite a existência de regimes sectoriais, como é o caso do sector da saúde, tendo por isso mantido em vigor o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, com muito pontuais e circunscritas alterações.

De referir ainda que, também em 2003, foram publicados dois decretos regulamentares exclusivos para o sector da saúde e relevantes para a estruturação de parcerias em saúde, a saber, o Decreto Regulamentar n.º 10/2003, de 28 de fevereiro, que aprovou as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde, e o Decreto Regulamentar n.º 14/2003, de 24 de abril, que definiu o caderno de encargos tipo dos contratos de gestão que envolvam as atividades de conceção, construção, financiamento, conservação e exploração de estabelecimentos hospitalares com responsabilidade pelas prestações de saúde.

Todos estes diplomas viriam a ser parcialmente alterados pelo Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de julho, que introduziu a primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril, revendo o regime jurídico geral das PPP e, novamente, em 2008, pelo CCP, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro.

Mais recentemente e dando cumprimento aos objetivos e medidas previstas no Programa de Assistência Financeira acordado com a União Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu, mais concretamente no que respeita à obrigação do Estado Português de introduzir no ordenamento jurídico um quadro legal e institucional reforçado, no âmbito do Ministério das Finanças, que permitisse um efetivo e rigoroso controlo dos encargos, bem como dos riscos, associados às PPP, foi publicado, em 23 de maio de 2012, o Decreto-Lei n.º 111/2012, que, revogando o anterior diploma de 2003, **(i)** redefiniu as normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, lançamento, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das PPP e **(ii)** criou a UTAP.

De referir que, sem prejuízo da aprovação do Decreto-Lei n.º 111/2012, o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, mantém-se em vigor, pese embora, em face das sucessivas alterações a que foi sujeito, se encontre esvaziado de muitos dos conteúdos que inicialmente regulava.


Página 43 de 291

3.1.3. Conceção do modelo contratual de parceria

59. Com base no quadro legal acima descrito, foi sendo concebido e desenvolvido um modelo de implementação das parcerias de saúde, quer em termos da sua estruturação contratual, quer em termos da regulação dos procedimentos para a sua formação.

De forma muito sintética, apresentam-se, de seguida, os princípios gerais que pautaram o modelo desenvolvido para implementação das parcerias em saúde e que viriam a ser adotados para a formação e estruturação dos primeiros projetos, também designados como PPP hospitalares de “primeira vaga”, em que, como veremos mais à frente, o atual Hospital de Cascais, se insere.

60. O modelo de PPP adotado entre nós foi erigido com base numa estrutura de contrato de gestão e de um objeto bastante amplo de atividades, desde a conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos ativos infraestruturais, até à gestão da prestação de cuidados de saúde hospitalar.

As vantagens que se antecipavam poder resultar da adoção de um modelo integrado de parceria que incluísse a gestão da prestação de cuidados de saúde e a construção e manutenção (bem como o financiamento) da correspondente infraestrutura, prendiam-se com a esperada inovação e impacto positivo que seriam aportados aos projetos, num contexto de articulação e complementaridade, dessas duas vertentes, pelos parceiros privados.

Dada a abrangência e a natureza distinta do conjunto de atividades que compõem o objeto do modelo gizado, a parceria concretiza-se e desenvolve-se através de duas entidades gestoras com responsabilidades diferentes e delimitadas, num quadro de articulação e complementaridade. O modelo contratual desenvolvido tem também horizontes temporais distintos para cada uma das duas entidades gestoras, mecanismos de pagamento igualmente distintos, gerando fluxos de pagamento independentes, de modo a permitir uma adequada afetação, entre as duas entidades gestoras, dos riscos transferidos pela EPC.

61. Assim, e tal como se começou por assinalar, cada uma das componentes destes contratos de PPP é implementada:

- Por uma EGEST, que assume a aquisição e financiamento do equipamento médico necessário ao funcionamento da unidade hospitalar e a gestão da prestação dos serviços clínicos, durante um período *standard* de dez anos;
- Por uma EGED, que assume a prestação dos serviços infraestruturais, durante um período *standard* de trinta anos, sendo responsável pela conceção, construção, financiamento e manutenção do edifício.

Relativamente à EGEST, os pagamentos por parte do parceiro público são baseados **(i)** na produção clínica efetivamente realizada por grandes linhas de atividade (internamento, consulta externa, urgência e hospital de dia), **(ii)** na disponibilidade de determinados serviços hospitalares específicos (designadamente, o serviço de urgência) e **(iii)** no diferencial de despesa relativa a produtos farmacêuticos prescritos pela unidade hospitalar face à média de um grupo de referência (com sinal positivo ou negativo), sendo ainda objeto de deduções por falhas de desempenho, de serviço ou falhas específicas (definidas e aplicadas de acordo com o previsto contratualmente).

Por seu turno, a remuneração da EGED é baseada na disponibilidade da infraestrutura, em função das tabelas pré-definidas contratualmente (total ou parcialmente indexada à inflação), sendo o respetivo valor ajustado quer por eventuais deduções relativas a falhas no cumprimento de obrigações contratuais, quer pelos proveitos relativos ao mecanismo de partilha (entre EGED e EPC) das receitas de terceiros relacionadas com a exploração de parques de estacionamento e/ou zonas comerciais.

Sendo os contratos de PPP baseados em *outputs* e resultados (contratos de *performance*), é estabelecido, para cada uma das entidades gestoras, um sistema de indicadores de desempenho e de metas que, se não forem atingidas, implicam penalizações e deduções na remuneração.

O modelo foi ainda desenvolvido tendo em conta que, nos casos em que os novos hospitais se destinavam a substituir unidades existentes, como é o caso do Hospital de Cascais, o operador privado ficaria igualmente responsável pela gestão clínica do hospital a substituir durante o período em que decorresse a construção das novas instalações. Desta forma, a responsabilidade pela transferência das operações da antiga unidade hospitalar para a nova unidade seria igualmente do parceiro privado.

3.1.4. Programa de PPP hospitalares em que se insere o Hospital de Cascais

62. O primeiro programa de PPP hospitalares foi anunciado pelo XIV Governo Constitucional em 2001 e integrava inicialmente três hospitais de substituição (Cascais, Braga e Vila Franca de Xira) e dois hospitais novos (Loures e Sintra). Em 2002, já no XV Governo Constitucional, foi anunciada a intenção de incluir, no âmbito desse programa, um conjunto adicional de outras cinco PPP hospitalares, a saber, as dos hospitais de Évora, Vila Nova de Gaia, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Algarve e Guarda.

Assim, em 2002, o conjunto de hospitais que integravam o programa de PPP hospitalares a desenvolver incluía dez unidades (8 hospitais de substituição e 2 hospitais novos). A carteira de projetos de PPP em preparação viria ainda a aumentar, com a inclusão de uma parceria para conclusão da construção, equipamento, financiamento e exploração de um hospital especializado (o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (“CMFRS”), em São Brás de Alportel) e um projeto não hospitalar consistente na montagem, financiamento e operação do Centro de Atendimento do SNS – Linha de Saúde 24.

O núcleo central de objetivos subjacente à execução do programa de PPP incluía, *inter alia*, os seguintes:

- A melhoria geral do acesso – e, em especial, dos níveis de comodidade – aos cuidados básicos e especializados de saúde por parte das populações das áreas beneficiadas;
- A melhoria da qualidade dos serviços prestados, em termos de padrões de atendimento e de acolhimento, bem como da sua necessária humanização;
- A construção de modernas unidades hospitalares, de acordo com uma lógica de investimento mais racional e capaz de introduzir inovações infraestruturais e técnicas;
- A adoção de um modelo de gestão de natureza empresarial, globalmente mais económico, eficiente e eficaz, baseado na transferência de riscos para os operadores privados.

63. No que diz respeito, em especial, ao Hospital de Cascais, a inclusão do projeto de substituição do Hospital de Cascais neste programa justificava-se, sobretudo, em face das reconhecidas deficiências e limitações das instalações hospitalares existentes e da necessidade sentida e imperiosa da sua renovação/substituição.

Com efeito, desde, pelo menos, 1998, que o conselho de administração da ARSLVT, em face das circunstâncias acima descritas, havia deliberado iniciar o processo conducente à construção de um novo hospital no concelho de Cascais. Não admira, assim, que o Hospital de Cascais tenha sido dos primeiros a integrar o programa e, como veremos de seguida, um dos primeiros a arrancar.

64. A primeira etapa, visível, de arranque do programa de PPP hospitalares ocorreu no final de 2003, com o lançamento do procedimento concursal para o estabelecimento da PPP relativa ao Hospital de Loures (posteriormente anulado em 2005 e relançado em 2007), a que se seguiu o lançamento dos concursos para as restantes PPP incluídas na primeira vaga, com pontuais exceções. Assim, em 2004, foi lançado o concurso para o Centro de Atendimento do SNS – Linha de Saúde 24 e para o Hospital de Cascais e, em 2005 foram lançados os concursos para o Hospital de Braga, para o CMFRS e para o Hospital de Vila Franca de Xira.

3.1.5. Estudo, lançamento e contratualização da PPP relativa ao Hospital de Cascais

65. Em 2001, com vista a implementar o programa de PPP hospitalares acima descrito, incluindo o Hospital de Cascais, foi criada, na dependência do Ministro da Saúde, a Estrutura de Missão Parcerias Saúde.

Posteriormente, em 2002, foram criados, no seio dessa Estrutura de Missão, Grupos de Coordenação Interdepartamental para o lançamento dos projetos hospitalares em PPP (*cf.* Despacho n.º 1977/2002, de 2 de janeiro, do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, n.º 21, 2.ª Série, de 25 de janeiro de 2002).



66. O lançamento do novo Hospital de Cascais, em regime de PPP, foi contemplado nas Grandes Opções do Plano para 2004 e no relatório do Orçamento do Estado para 2004 e, assim, nesse mesmo ano, foi dado início ao estudo e preparação do respetivo projeto de PPP.

No âmbito dessa análise, foi obtido um estudo estratégico e económico-financeiro que, além do mais, procedeu à análise das opções fundamentais passíveis de serem adotadas relativamente ao Hospital de Cascais, tendo sido considerada:

- a) Uma “Opção 0”, que consistiria em “*não fazer nada*”, mantendo em operação um centro hospitalar considerado estruturalmente ineficiente e inadequado para prestar serviços de atendimento, acolhimento e internamento de qualidade, dando satisfação deficiente e insuficiente às necessidades da população do concelho de Cascais; e
- b) Uma “Opção 1”, que previa a construção de uma nova unidade hospitalar modelar, com perfil assistencial atualizado, tendo por base o então existente no centro hospitalar, e área de influência constituída apenas pelo concelho de Cascais.

Relativamente à “Opção 0”, esse estudo conclui que o CHC apresentava um conjunto de problemas estruturais que tornavam esta opção como injustificável, quer em termos de ganhos em saúde, quer na ótica do trinómio economia-eficiência-eficácia, ou seja, o denominado “*Value for Money*” da opção. O conjunto de problemas evidenciados incluía ainda a dificuldade dos acessos, a insuficiência de espaços, a antiguidade e degradação das instalações, designadamente do edifício central, a obsolescência dos equipamentos, a dispersão dos edifícios e serviços e a deficiente qualidade assistencial dos cuidados prestados. Estes problemas estruturais condicionavam a capacidade de resposta do centro hospitalar face às necessidades de cuidados hospitalares globais da população da sua área de influência, destacando-se que, em 2002, o CHC apenas respondeu a cerca de 58% dos episódios de internamento da população e a 53,5% das consultas externas. Ao nível das urgências, a resposta, no mesmo ano de 2002, situou-se em cerca de 87,8% do total da procura.

Relativamente à “Opção 1”, esse estudo, tendo em consideração as enormes carências e deficiências infraestruturais do CHC e, bem assim, as grandes limitações de espaço na sua localização, conclui que a opção de remodelação do então CHC revelava-se inviável e, por conseguinte, essa possibilidade foi liminarmente afastada. Assim, considerou-se que a

resolução das carências infraestruturais e de gestão do CHC passava pela construção de um novo complexo hospitalar, correspondente, essencialmente, ao perfil assistencial e dimensão do existente centro hospitalar. Todavia, o perfil assistencial do novo hospital deveria ser ajustado e atualizado tendo, adicionalmente, sido realizado um ajustamento ao nível da área de influência no sentido de se considerar um conjunto de oito freguesias do concelho de Sintra apenas na vertente dos cuidados materno-infantis.

67. No âmbito desses trabalhos e justificada que se considerava ser a necessidade de construção de um novo complexo hospitalar, procedeu-se à análise e definição da via mais ajustada para implementar esse projeto, tendo-se considerado como mais avisada a opção pelo modelo de PPP, também apontada pelo acima referido estudo económico-financeiro, na medida em que apresentava várias vantagens potenciais em face da alternativa tradicional de promoção direta do projeto pelo Estado, entre as quais se destacaram as seguintes:

- O potencial de inovação resultante da introdução de novas formas de gestão hospitalar e clínica;
- O potencial de inovação ao nível da conceção do projeto de engenharia hospitalar, favorecendo a adoção de modernos conceitos de engenharia funcional;
- As sinergias resultantes da integração das fases de conceção, construção, conservação e exploração operacional da nova unidade;
- O potencial para a transferência de riscos do sector público para o sector privado, possibilitando a alocação dos riscos à parte mais capacitada para os gerir e alocação de cada uma das responsabilidades à parte mais habilitada para assumir da forma mais eficiente possível verificando-se, em regra, que incumbe *(i)* ao parceiro público o acompanhamento, a avaliação e o controlo da execução do objeto da parceria, de forma a garantir que são alcançados os fins de interesse público subjacentes, e *(ii)* ao parceiro privado o exercício e a gestão da atividade contratada, de acordo com os termos acordados, bem como o financiamento, no todo ou em parte, do projeto, quando este seja aplicável;

- Os incentivos ao controlo de custos de investimento e exploração, bem como da qualidade do serviço prestado;
- A possibilidade de *benchmarking* da gestão e da performance hospitalar, designadamente na vertente clínica.

68. Assim e após emissão dos pareceres, não vinculativos, por parte dos membros da comissão de acompanhamento, a parceria foi aprovada por Despacho Conjunto n.º 554/2004, de 29 de julho, do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, a que se seguiu a aprovação e lançamento do concurso público internacional da parceria, através do Despacho do Ministro da Saúde n.º 19504/2004, de 27 de agosto.

No âmbito desse concurso e decorridas as fases de qualificação, avaliação das propostas, negociação competitiva e apresentação das propostas finais, a negociação final com o agrupamento vencedor culminou com a adjudicação e assinatura de um contrato de gestão, em 22 de fevereiro de 2008, entre a ARSLVT, em representação do Estado Português, a HPP Saúde – Parcerias Cascais, S.A. (atual Lusíadas – Parcerias Cascais, S.A., na qualidade de EGEST) e a TDHOSP – Gestão de Edifício Hospitalar, S.A. (na qualidade de EGED).

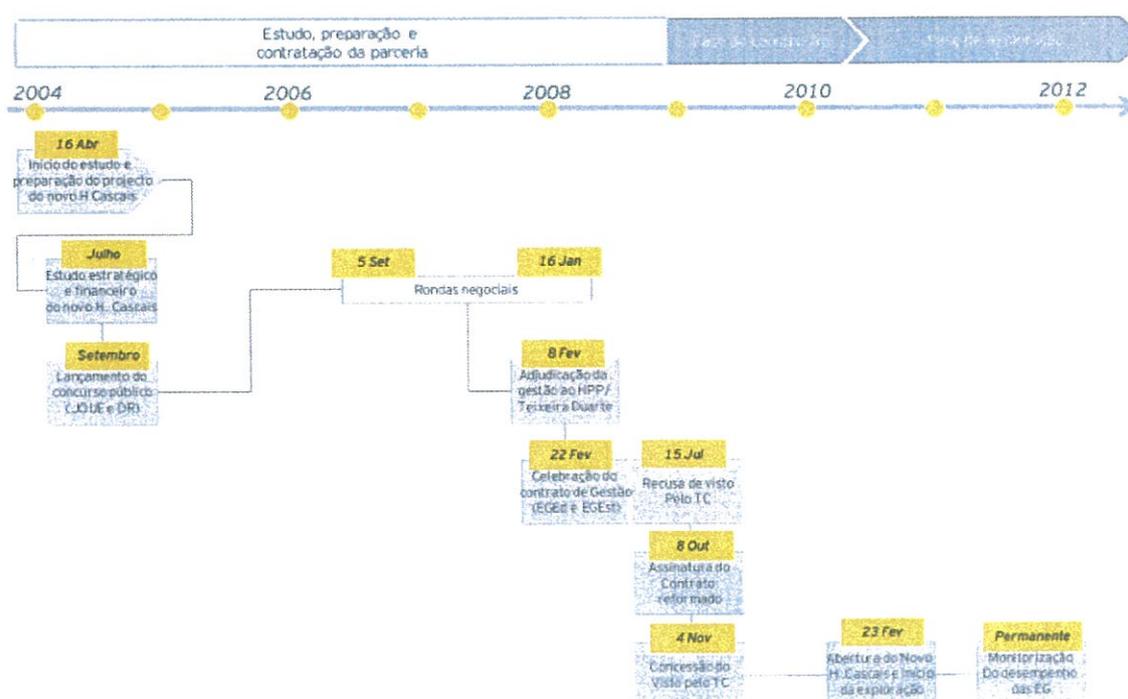
Após a remessa desse contrato para visto prévio do Tribunal de Contas, entendeu esse tribunal, por decisão de 15 de julho de 2008, recusar o visto, por entender que o contrato assinado com o parceiro privado, refletindo o acordado na fase de negociações, apresentava alterações face ao caderno de encargos, que, segundo o Tribunal de Contas, “*tipificam a violação dos princípios da legalidade, da transparência, da publicidade, da concorrência e da estabilidade*”, para além de implicar “*prejuízo da concorrência*”.

Em sequência, foi iniciado um processo de reforma do contrato inicialmente celebrado com vista a corrigir os aspetos apontados pelo Tribunal de Contas, processo este que conduziu à assinatura de um contrato de gestão reformado, em 8 de outubro de 2008 (“**Contrato de Gestão**”), o qual mereceu visto prévio favorável do Tribunal de Contas, datado de 4 de novembro de 2008.

Com a produção de efeitos do Contrato de Gestão, procedeu-se à transmissão do estabelecimento hospitalar do CHC para a atual EGEST, que iniciou a respetiva gestão e exploração nos edifícios hospitalares antigos e, bem assim, foi dado início à construção do

novo edifício hospitalar pela EGED, que ficou concluída em 2010, dando-se então a transição da atividade clínica para essa nova unidade.

69. O resumo cronológico do acima exposto consta da tabela que se segue, com a indicação dos principais passos das etapas de estudo, preparação e contratação e, posteriormente, de construção e exploração (esta última, indicada com referência ao início da exploração do estabelecimento já no novo edifício, sem prejuízo de a mesma se ter iniciado antes, nas instalações antigas do CHC).



[Handwritten signatures and initials]

3.1.6. Perfil assistencial, dimensão e área de influência

70. Com uma capacidade geral de 277 camas no internamento, 6 salas de cirurgia e 33 gabinetes de consulta, o Hospital de Cascais presta cuidados médicos nas áreas *médica*, *cirúrgica* e de *diagnóstico e terapêutica* nas especialidades a seguir descritas:

- Medicina interna;
- Cardiologia;
- Neurologia;
- Gastrenterologia;
- Pneumologia;
- Dermatologia;
- Pediatria;
- Psiquiatria;
- Cirurgia geral;
- Ortopedia;
- Urologia;
- Otorrinolaringologia;
- Oftalmologia;
- Obstetrícia/ginecologia;
- Anestesiologia;
- Patologia clínica;
- Anatomia patológica;
- Radiodiagnóstico;
- Imuno-hemoterapia;
- Medicina física e de reabilitação.

71. No *internamento normal*, o Hospital de Cascais dispõe de unidades de tratamento médicas, cirúrgicas, materno-infantil e psiquiatria nas seguintes especialidades:

- Medicina interna;
- Cardiologia;
- Neurologia;
- Gastrenterologia;
- Pneumologia;
- Cirurgia geral;
- Ortopedia;
- Urologia;
- Otorrinolaringologia;
- Oftalmologia;
- Pediatria (especialidade com instalações físicas próprias);
- Obstetrícia/ginecologia (especialidade com instalações físicas próprias);
- Psiquiatria (unidade autónoma conjuntamente a respetiva consulta externa e hospital de dia).

72. Ao nível do *internamento especial*, presta cuidados intensivos, intermédios e especiais e, relativamente à urgência, dispõe de um serviço de urgência médico-cirúrgica que se desenvolve em três unidades autónomas:

- Urgência geral;
- Urgência ginecológica/obstétrica, com zona de observação e tratamento e um bloco de parto, dispendo de 10 quartos de parto;
- Urgência pediátrica.



73. O Hospital de Cascais trata ainda os doentes em *regime ambulatório* através do *hospital de dia*, nomeadamente os seguintes:

- Hospital de dia médico-cirúrgico, incluindo, no hospital de dia médico, um espaço polivalente que dá apoio a continuação terapêutica com citostáticos nos termos do protocolo com o hospital de referência, no caso, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. (“CHLO”);
- Hospital de dia pediátrico;
- Hospital de dia psiquiátrico.

74. Por fim, o Hospital de Cascais tem como *área de influência* o concelho de Cascais incluindo, na área-materno infantil, as seguintes freguesias do concelho de Sintra:

- Algueirão-Mem Martins;
- Pêro Pinheiro;
- Colares;
- S. João das Lampas;
- Sintra (Santa Maria e São Miguel);
- Sintra (S. Martinho);
- Sintra (S. Pedro de Penaferrim);
- Terrugem.

3.1.7. Mecanismos de remuneração e de determinação anual da produção

3.1.7.1. MECANISMOS DE REMUNERAÇÃO CONTRATUAL

75. Os mecanismos contratuais que regulam o âmbito e termos de apuramento da remuneração base anual da EGEST resultam, principalmente e sem prejuízo de outras disposições complementares, das cláusulas 43.ª a 52.ª do Contrato de Gestão.

Para além da remuneração, constituem ainda receitas da EGEST, nos termos do Contrato de Gestão, uma parte da diferença positiva entre **(i)** a receita devida por terceiros pagadores e **(ii)** a parcela a cargo de terceiros pagadores e uma parte das receitas comerciais de terceiros.

Vejamos, em maior pormenor.

76. A remuneração base anual da EGEST é composta pelas seguintes componentes²⁷:

- a) Uma componente relativa aos *serviços clínicos efetivamente prestados nas linhas de atividade*²⁸ (internamento e cirurgia de ambulatório, internamento prolongado de doentes elegíveis para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (“RNCCI”), consulta externa, urgência, hospital de dia e casos e atos específicos);
- b) Uma componente relativa à *disponibilidade de serviços hospitalares específicos*, no caso, do serviço de urgência;
- c) Uma componente correspondente a *ajustamentos a efetuar em função da prescrição de medicamentos* pelo Hospital de Cascais e adquiridos nas farmácias comunitárias; e
- d) Uma componente relativa às deduções a efetuar em virtude da ocorrência de falhas de desempenho.

As componentes *supra* referidas são pagas **(i)** por terceiros pagadores, na parcela correspondente ao montante a seu cargo, **(ii)** pelos utentes, na parte correspondente às taxas moderadoras, e **(iii)** pela EPC, na parcela correspondente ao montante a cargo do SNS (*cf.* cláusula 46.ª do Contrato de Gestão).

No que respeita, aos pagamentos a cargo da EPC, a EGEST vai recebendo, ao longo do ano, pagamentos por conta mensais, tendo por base o valor *previsível* da parcela a cargo do SNS, pagamentos estes que são posteriormente objeto de reconciliação por confronto com o valor *efetivo* apurado.

²⁷ *Cfr.* cláusula 44.ª e Anexo V ao Contrato de Gestão.

²⁸ Inclui, à data, a remuneração pelas prestações de saúde relativas à realização da IVG até às 10 semanas, em ambulatório, nos termos da Deliberação da ARSLVT n.º 28/2012, de 18.04.2012, registada através da Ata n.º 19, de 18.04.2012.

Adicionalmente, e porque a remuneração da EGEST, como já se referiu anteriormente, resulta de uma combinação de *outputs* e resultados, o Contrato de Gestão do Hospital de Cascais (e de todas as PPP hospitalares) prevê ainda que sejam aplicadas deduções em função dos níveis de desempenho da EGEST, mediante a verificação do cumprimento de um vasto conjunto de parâmetros de desempenho de resultado e de serviço (*cf.* cláusula 44.^a e Anexo V ao Contrato de Gestão). Para além destas, poderão ainda ser aplicadas outras deduções, em função de verificação de falhas específicas, ou multas, pelo incumprimento de disposições contratuais.

3.1.7.2. REMUNERAÇÃO PELA PRODUÇÃO CLÍNICA EFETIVA

77. A componente da remuneração relativa aos *serviços clínicos efetivamente prestados* concretiza-se através de linhas e unidades de produção e é realizada com base nos preços unitários definidos no Contrato de Gestão para cada uma das unidades de cálculo de remuneração das diferentes linhas de atividades²⁹:

- Preço por doente equivalente no internamento e cirurgia de ambulatório;
- Preço por diária de internamento de doentes elegíveis para a RNCCI;
- Preço por episódio de urgência;
- Preço por primeira consulta;
- Preço por consulta subsequente;
- Preço por sessão de hospital de dia médico de oncologia;
- Preço por sessão de hospital de dia médico de pediatria;
- Preço por sessão de hospital de dia médico de psiquiatria;
- Preço por outras sessões de hospital de dia médico;
- Preço por dia de internamento de doentes com ventilação prolongada.

²⁹ *Cf.* cláusula 44.^a e Anexo V ao Contrato de Gestão.

Todos os preços unitários são tendencialmente fixos ao longo do período de vigência do Contrato de Gestão, sendo apenas atualizados anualmente em função da evolução do Índice de Preços no Consumidor, para Portugal, sem habitação, publicado pelo Instituto Nacional de Estatística e referente ao mês de janeiro de cada ano (“IPC”)³⁰.

No internamento e cirurgia de ambulatório e na urgência, o Contrato de Gestão estabelece ainda dois escalões de produção com preços unitários diferentes, em que o preço no segundo escalão de produção é inferior ao definido para o primeiro escalão.

Mais, para além desta diferenciação de preços, o Contrato de Gestão estabelece ainda alguns limites à produção como é o caso, por exemplo, do número de doentes equivalentes na linha de internamento e cirurgia de ambulatório que, a partir dos 110% da produção prevista, deixam de ser elegíveis para remuneração da EGEST.

Na urgência, não existe, por outro lado, limite à produção (número de episódios de urgência – *cf.* cláusula 44.ª e Anexo V ao Contrato de Gestão).

78. De salientar, ainda, que, de entre as principais linhas de produção (internamento e cirurgia de ambulatório, consulta externa, urgência e hospital de dia), existe uma linha de produção, onde a remuneração da produção depende de uma outra variável para além do preço e da quantidade. Com efeito, na linha de internamento e cirurgia de ambulatório, a remuneração pela atividade produzida resulta da multiplicação da quantidade de doentes equivalentes pelo preço e pelo denominado Índice *Case Mix* (“ICM”)³¹ que reflete a complexidade da unidade hospitalar relativamente à atividade no internamento e cirurgia de ambulatório.

No caso do Contrato de Gestão, o ICM considerado no cálculo da remuneração da linha de internamento e cirurgia de ambulatório deve ser o mínimo entre dois ICM:

- O ICM, calculado para a produção do Hospital de Cascais;

³⁰ De acordo com o Anexo V do Contrato de Gestão, na revisão dos preços unitários poderia ainda ser aplicada na fórmula relativa à atualização dos preços um valor referente ao diferencial de correção de preços. Sucede que esse diferencial, de acordo com o n.º 13 da cláusula 44.ª do Contrato de Gestão foi fixado em 0,%, pelo que da sua aplicação não resulta qualquer alteração do preço. Nessa medida, não será mencionada, no âmbito do presente Relatório, a possibilidade de aplicação do diferencial de correção de preços.

³¹ Relativizando cada grupo de diagnóstico homogéneo em face de um ponderador nacional = 1, o ICM obtido em cada hospital reflete a relatividade desse hospital face a 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.

- O ICM da população, verificado em cada um dos cinco anos precedentes, calculado com base na totalidade de episódios de internamento e cirurgias de ambulatório, correspondentes ao perfil assistencial do Hospital de Cascais, verificados efetivamente para a população da sua área de influência, independentemente da unidade hospitalar em que foram prestados.

Na realidade, a introdução do ICM no cálculo da remuneração da linha de internamento médico ou cirúrgico e ambulatório médico ou cirúrgico (todas linhas cujos episódios são passíveis de serem classificados em grupos de diagnóstico homogéneo “GDH”), não é uma inovação dos hospitais em regime de PPP. No caso dos restantes hospitais do universo do SNS, o ICM também é considerado no modelo de financiamento dos hospitais através dos contratos programa. A grande diferença entre os hospitais PPP e os hospitais EPE (Entidade Públicas Empresariais) resulta de:

- Nos hospitais em regime de PPP, a parcela a cargo do SNS (ou seja, a remuneração paga à EGEST) em função da produção efetiva nesta linha de atividade, considerar o *ICM real* (seja ele qual for, de entre o mínimo dos ICM referidos anteriormente). Quer isto dizer que o ICM que foi fixado no cálculo da parcela previsível a cargo do SNS (em função da produção prevista e acordada entre as partes) é, caso resulte diferente, corrigido em função do ICM real para efeitos de apuramento do pagamento de reconciliação traduzido pelo apuramento da parcela efetiva a cargo do SNS; e
- Por outro lado, nos hospitais EPE, o ICM fixado anualmente nos contratos programa corresponder a um *ICM referente a um determinado ano anterior*, sem correção posterior em função do ICM real.

3.1.7.3. PRODUÇÃO E PAGAMENTO

79. O montante final dos pagamentos a efetuar pela EPC relativamente a cada ano de vigência da parceria depende do valor (máximo) da produção prevista, que é fixada entre as partes, no final do ano imediatamente anterior àquele a que diz respeito, ou unilateralmente pela EPC, na falta de acordo, não sendo a EGEST remunerada por produção que exceda a produção marginal contratada para cada ano.

80. Concretamente, o processo de determinação da produção a considerar para efeitos de remuneração da EGEST desenvolve-se em duas fases:

Numa **primeira fase**, o Contrato de Gestão prevê um procedimento anual de negociação, entre as partes, da produção prevista³² para cada ano, que ocorre, mediante impulso da EGEST, entre 15 de setembro e 15 de novembro do ano imediatamente anterior e que inclui o acordo quanto a todas as variáveis de cálculo da remuneração, nomeadamente a produção prevista em cada uma das linhas de atividade³³.

Caso as partes não cheguem a acordo até 15 de novembro, a EPC tem a faculdade de determinar unilateralmente os elementos necessários à fixação da produção prevista, da parcela a cargo do SNS e dos limites aos valores de referência dos parâmetros de desempenho. Nesta situação, a produção prevista deve ser determinada dentro dos limites inferior e superior da utilização hospitalar, de acordo com o perfil assistencial, pela população da área de influência do Hospital de Cascais, verificada nos cinco anos imediatamente anteriores.

Independentemente de a produção prevista ser fixada por via do acordo ou por determinação unilateral, o pagamento da remuneração da EGEST processa-se mediante pagamentos mensais por conta de igual valor correspondentes, no seu total, a 90% do valor previsível da parcela a cargo do SNS³⁴.

Numa **segunda fase**, no apuramento do pagamento de reconciliação, a EPC deve proceder:

- À verificação e auditoria da produção reportada durante o ano pela EGEST, no sentido de se considerar apenas os atos de produção elegíveis para remuneração, nos termos das regras e limites estabelecidos contratualmente;
- À verificação do cumprimento de todos os parâmetros de desempenho de resultado e de serviço e respetivo cálculo das deduções a efetuar em caso de incumprimento dos mesmos;
- Ao apuramento da produção prestada a utentes cuja responsabilidade caiba a terceiros pagadores (a deduzir à remuneração base anual);

³² Isto é, do conjunto de prestações de saúde a realizar através do estabelecimento hospitalar, num dado ano.

³³ Cfr. cláusula 52.ª do Contrato de Gestão.

³⁴ Cfr. cláusula 47.ª do Contrato de Gestão.

- Ao apuramento do montante das receitas devidas por terceiros pagadores a reter e a entregar à EPC (a deduzir à remuneração base anual);
- Ao apuramento do montante das taxas moderadoras efetivamente cobradas³⁵ (a deduzir à remuneração base anual);
- Ao apuramento do montante das receitas comerciais de terceiros que cabem à EPC em função do mecanismo de partilha das receitas comerciais totais auferidas (montante a deduzir à remuneração base anual); e
- À verificação da existência de falhas específicas e ao cálculo do respetivo montante, a deduzir à remuneração base anual (apesar de este procedimento poder ser aplicado em qualquer altura da execução do Contrato de Gestão).

81. Cumpridos todos estes procedimentos, deve a EPC efetuar um pagamento de reconciliação, apurado até ao final do quinto mês do ano imediatamente subsequente àquele a que diga respeito, com base no valor efetivo da parcela a cargo do SNS, ou, tratando-se do último ano de vigência do contrato, até ao quinto mês do termo do mesmo³⁶.

3.1.7.4. PROTOCOLO VIH/SIDA

82. Em 8 de outubro de 2008, foi celebrado, entre a ARSLVT e a EGEST, um protocolo para a prestação de cuidados em ambulatório a doentes com VIH/SIDA (“**Protocolo VIH/SIDA**”), do qual resulta a obrigação da EGEST de disponibilizar um determinado número de consultas externas e de dispensar medicamentos antiretrovíricos aos doentes com VIH/SIDA, de acordo com as orientações técnicas emanadas pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA.

Esse protocolo vigora por períodos de um ano, renováveis, tendo sido, até à data, negociado todos os anos e submetido a visto do Tribunal de Contas.

³⁵ Importa relembrar que o risco de cobrança das taxas moderadoras cabe ao parceiro público, nos termos previstos no Contrato de Gestão.

³⁶ *Cfr.* cláusula 47.ª do Contrato de Gestão.

83. Em termos de modelo de remuneração, o Protocolo VIH/SIDA define o preço anual por doente tratado no que diz respeito a medicação antiretrovítica (“TARV”) e o número médio de consultas por doente, discriminando entre doentes que iniciam tratamento e doentes que continuam em tratamento, bem como os preços unitários de primeiras consultas externas e subsequentes.

Através do duodécimo, a EGEST é, em cada ano, remunerada pelos encargos previsíveis com a terapêutica. No ano imediatamente subsequente, é feita uma reconciliação, com base no custo real incorrido com a medicação TARV, por doente, depois de verificado o número efetivo de doentes que esteve em tratamento e os respetivos meses de “*levantamento de terapêuticas*”.

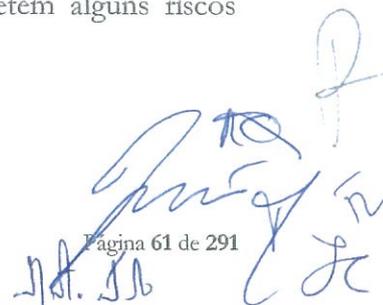
No que respeita a consultas externas, a EGEST é remunerada mensalmente, através da apresentação de fatura a pagamento. No momento da reconciliação, relativa ao ano imediatamente anterior, verifica-se o número de consultas externas por doente (primeiras e subsequentes) efetivamente realizadas e aplicam-se, eventualmente, os limites estabelecidos no protocolo.

3.1.7.5. REGIME DE REMUNERAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE RISCO

84. Outro aspeto que importa destacar no mecanismo de remuneração dos hospitais PPP e, concretamente, no previsto no Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, prende-se com a conjugação do mecanismo de remuneração com a respetiva matriz de riscos. Isto, porquanto, constituindo a transferência de riscos para o parceiro privado uma das principais vantagens do modelo PPP, o mecanismo de remuneração deve permitir e ser um catalisador dessa transferência.

Ora, conforme *supra* referido, a remuneração anual da EGEST dependerá dos resultados verificados pela EPC, tendo em conta a produção efetiva elegível, a disponibilidade do serviço, os ajustamentos previstos e, ainda, as deduções pela ocorrência de falhas de desempenho ou específicas. Trata-se, como também já notado, de um mecanismo de remuneração que assenta numa lógica de *outputs* e resultados.

Deste modelo decorre, a nosso ver, que o parceiro privado retém alguns riscos consideráveis, como os que, por exemplo, a seguir se destacam:

Handwritten signature and initials in blue ink, including the text 'Página 61 de 291' and 'J.A. JB'.

- *Risco de procura*

85. Apesar de o Contrato de Gestão definir uma área de influência específica, cabe ao parceiro privado ter capacidade de atração dos residentes nessa área de influência, de tal forma que, no limite, se o hospital não praticar um único ato de produção num ano, apenas receberá o pagamento pela disponibilidade do serviço de urgência.

Esta questão ganhou recentemente uma importância acrescida, na medida em que, com a introdução do Livre Acesso e Circulação, os utentes podem, desde 3 de maio de 2016, em decisão conjunta com o seu médico de família, optar pela marcação de primeira consulta em qualquer unidade hospitalar, independentemente da área de influência a que se encontram adstritos em função da sua área de residência.

A EGEST corre ainda o risco de a procura efetiva ser diferente da procura prevista, no sentido em que, por exemplo, a alocação de recursos à produção prevista (com os custos daí inerentes) poderá vir a resultar sobredimensionada face à procura efetiva.

Realça-se ainda o risco de procura inerente à transferência indevida de utentes, na medida em que a ocorrência destas situações, que constituem falhas específicas, acarreta deduções à remuneração da EGEST.

- *Risco de preço*

86. Considerando que os preços unitários são tendencialmente fixados para todo o período de vigência do Contrato de Gestão e apenas atualizados em função da evolução da inflação, a EGEST retém o risco de os mesmos se revelarem insuficientes em face da estrutura de custos real da execução contratual, circunstância apta a gerar, por um lado, défices nos resultados de exploração e prejuízos nos resultados líquidos e, conseqüentemente e por outro lado, incapacidade para fazer face a eventual serviço da dívida e incapacidade de remunerar os seus acionistas.

- *Risco de exploração*

87. Crê-se que o parceiro privado assume risco de exploração relevante, na medida em que:

- a) Cabe à EGEST assegurar a disponibilidade do serviço de urgência, acarretando, a indisponibilidade, total, momentânea ou de partes funcionais, a aplicação de deduções por falhas de disponibilidade deste serviço;
- b) O não cumprimento dos níveis de desempenho fixados no Contrato de Gestão pode implicar a aplicação de outras deduções na remuneração;
- c) A EGEST retém o risco de ter produção não remunerada quando acima da produção prevista, nos termos dos limites estabelecidos contratualmente;
- d) A EGEST retém o risco de estar a alocar uma estrutura de recursos humanos e de custos fixos desadequada e com níveis de eficiência insuficientes para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e racionalidade económica.

88. Em suma, o mecanismo de remuneração da EGEST conduz a uma efetiva e considerável transferência de riscos para o parceiro privado que, considerando a *rigidez* do mecanismo de remuneração que lhe é aplicado, terá sempre um incentivo *natural* a alocar de forma eficiente e com qualidade os recursos, humanos e materiais, por forma a gerir da melhor forma esses riscos.

Realce-se que, no que respeita aos hospitais EPE, mesmo considerando que o seu modelo de financiamento tem semelhanças com o modelo PPP, as diferenças mais evidentes são *(i)* a volatilidade dos preços aplicados em cada ano, *(ii)* a fixação do ICM sem correção em função do seu valor real e, sobretudo, *(iii)* as transferências adicionais (à produção) que são por vezes efetuadas para os hospitais, tais como:

- Valor de convergência compensatório da ineficiência;
- Verba de convergência para regularização de dívidas;
- Verba de convergência de acordo com medidas extraordinárias para reequilíbrio financeiro;

- Verba de convergência para compensação por acréscimo de gastos com pessoal; e ainda,
- Os aumentos de capital estatutário.

Ou seja, nos hospitais EPE, são cobertos pelo Estado valores e verbas referentes a riscos que, no modelo de gestão hospitalar PPP e no caso do Hospital de Cascais, em particular, são assumidos pelo parceiro privado, além do mais, à luz do mecanismo de remuneração convencionado e vertido no Contrato de Gestão.

Adicionalmente, importa referir também que, à luz do exposto, verifica-se que nos hospitais EPE e ao contrário do que acontece no caso dos hospitais em regime de PPP, toda a estrutura de custos e de investimentos das respetivas unidades hospitalares, e, por conseguinte, as suas potenciais ineficiências, acabam, mais cedo ou mais tarde, por refletir-se nas contas do Estado por via das referidas “transferências adicionais”, o que naturalmente constitui um fator de incerteza e volatilidade acrescidas ao nível do impacto orçamental dos hospitais EPE.

3.2. Avaliação do Modelo de PPP

89. Descrita, ainda que abreviadamente, a realidade clínica e contratual da PPP relativa ao Hospital de Cascais, cumpre agora, tendo por base a Metodologia (tal como descrita no Ponto 2. do presente Relatório), apresentar os resultados das análises preconizadas pela Equipa de Projeto, tendo por base as informações que lhe foram disponibilizadas pelas várias entidades com competência na matéria (*cf.* Anexo 12 ao presente Relatório).

Neste contexto, **num primeiro momento**, procura-se aferir acerca do Value for Money da PPP do Hospital de Cascais numa lógica *ex-post*, apresentando-se, para tal, designadamente, o seguinte:

- a) A evolução da produção e do valor de remuneração do hospital, procurando-se analisar em que medida esta evolução reflete apenas a dinâmica da procura ou se pode ter estado condicionada por questões de índole orçamental;
- b) A análise histórica dos principais indicadores de eficiência e de eficácia do hospital, com vista a avaliar em que medida terá o parceiro privado alcançado

os resultados desejados e esperados com a parceria, num contexto de utilização eficiente dos seus recursos, tendo presente, naturalmente, que ao nível da eficiência de custos os impactos se esgotam na esfera do parceiro privado, dada a alocação de riscos prevista contratualmente. Pretende-se averiguar, designadamente, em que medida se cumpriram os objetivos de qualquer parceria, de melhoria qualitativa e quantitativa do serviço e de acréscimo de eficiência;

- c) Análise dos constrangimentos à *execução de facto* de algumas disposições contratuais, a fim de averiguar em que medida foram cumpridos os desígnios traçados *ab initio* em termos de *standards* de qualidade e serviço da atividade assistencial objeto da parceria;
- d) Ao nível da vertente da economia, (i) a comparação entre a poupança estimada aquando do lançamento da parceria com a poupança efetivamente alcançada, tendo por base a estrutura de custos subjacente ao cálculo do CPC realizado aquando do estudo e preparação da PPP, (ii) a comparação entre o previsto no Caso Base Original (“**Caso Base**”) (*cf.* Anexo 11 ao Contrato de Gestão) e o efetivamente verificado, nomeadamente ao nível da produção, da remuneração e dos custos, e (iii) os encargos que o Estado teria com o Hospital de Cascais caso, *ceteris paribus*, se utilizassem, em cada ano, para cálculo da remuneração, os preços e as regras para determinação da produção em vigor no SNS, ao invés do que se encontra previsto a respeito no Contrato de Gestão.

90. Os principais *Key Performance Indicators* (“**KPI**”) utilizados nas análises que se protagonizam, quer neste ponto do Relatório, quer no seu Ponto 3.2.1.2., podem ser agregados em quatro grandes categorias:

- a) Indicadores de atividade: destacando-se, nomeadamente, a lotação, a taxa de ocupação, o número de doentes saídos por cama, peso de cada uma das áreas de atividade do hospital no total da produção e respetiva evolução e ICM;
- b) Indicadores de qualidade: destacando-se, nomeadamente, o índice mortalidade ajustada, a prevalência de complicações, a incidência do recurso a cesarianas, bem como a satisfação dos principais *stakeholders*;

- c) Indicadores relativos à economia: destacando-se, nomeadamente, a evolução do doente padrão, o montante, evolução e desagregação por áreas de atividade dos encargos suportados pelo SNS, o peso dos terceiros pagadores e das taxas moderadoras na remuneração do parceiro privado, a evolução dos custos operacionais do hospital e a evolução do custo por doente padrão;
- d) Indicadores de eficiência: destacando-se, nomeadamente, a produtividade dos recursos humanos, a demora média, a evolução das listas de espera e do tempo médio de espera.

91. Num **segundo momento** (*cf.* Ponto 2.3.2. do presente Relatório), procura-se, recorrendo à figura do *benchmarking*, comparar o modelo de PPP, no caso concreto do Hospital de Cascais, com o modelo de gestão pública, mais uma vez sob a égide dos princípios da economia, da eficiência e da eficácia, de forma a aferir acerca da *performance* relativa do contrato de PPP do Hospital de Cascais.

A este respeito, incorporam-se, nos pontos seguintes do presente Relatório um conjunto de análises, procurando-se desde logo averiguar, nomeadamente:

- A economia e o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos permitida pelo modelo de gestão em PPP, calculando-se, para tal, a diferença entre os encargos que têm sido efetivamente suportados pelo parceiro público com a PPP de Cascais e aqueles que se estima que seriam suportados, caso se admitisse um custo por doente padrão semelhante àquele que se verifica nos hospitais em gestão pública, considerados comparáveis com o Hospital de Cascais (*cf.* Ponto 3.2.1.2.1. do presente Relatório);
- Os níveis de eficiência relativa do Hospital de Cascais face àqueles que são verificados em unidades hospitalares comparáveis, mas que se encontram em gestão direta do sector público;
- Os níveis de eficácia relativa do Hospital de Cascais quando comparados com os resultados atingidos em unidades hospitalares semelhantes em regime de gestão pública.

As referidas análises visam averiguar em que medida, esta parceria, cumpre o previsto no DL 111/2012, designadamente na parte em que se define como finalidades essenciais

das parcerias a economia e o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos face a outros modelos de contratação, bem como a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço.

Por outro lado, e tendo em consideração que ao nível da repartição de responsabilidades, o modelo de PPP destaca-se face ao modelo de gestão pública pelo facto de permitir uma maior partilha de riscos entre os setores público e privado, procura-se, também, ao longo dos próximos pontos aferir em que medida, durante o período de execução do contrato, esta transferência se materializou efetivamente na esfera do parceiro privado.

92. Para efeito das análises dos pontos seguintes, foi considerado o período de 2011 a 2015, pelo facto de se admitir que este representa efetivamente o período de *velocidade cruzado* da parceria. Com efeito, não obstante o período de execução do Contrato de Gestão tenha sido iniciado em 2009, encontrava-se previsto um período de transição entre o momento da transmissão do Estabelecimento Hospitalar para o parceiro privado e a conclusão da transferência do Estabelecimento Hospitalar para o novo edifício hospitalar (“**Período de Transição**”), o que veio a ocorrer a 15 de março de 2010, constituindo, portanto, o ano de 2011 o primeiro ano completo de atividade do novo hospital.

Considera-se ainda que a inclusão dos dados de atividade da PPP relativos ao referido Período de Transição comprometeria a comparabilidade da série temporal utilizada, uma vez que existem substanciais diferenças, designadamente ao nível do perfil assistencial e da capacidade instalada (*cf.* Ponto 3.1. do presente Relatório), entre o Período de Transição e o período após a transferência para o novo hospital.

Por outro lado, considerou-se 2015 como o último ano de análise, uma vez que é o último ano relativamente ao qual existe informação de execução disponível.

3.2.1. Avaliação do Contrato de Gestão em vigor

93. Tal como decorre da Metodologia, a “avaliação do contrato de gestão em vigor”, no caso concreto do Hospital de Cascais baseia-se em quatro pontos essenciais:

- A análise da “performance individual da PPP”, que consiste na verdade na aferição *ex-post* do *Value for Money* que ela representa, o que se fará no Ponto 3.2.1.1.;
- A análise da “performance relativa da PPP”, através do recurso a um exercício de *benchmarking*, tendo por base o Grupo de Referência descrito no Ponto 3.2.1.2. do presente Relatório;
- A avaliação da performance do parceiro privado na ótica do gestor do Contrato, constante do Ponto 3.2.1.3.;
- A avaliação da performance do parceiro privado na ótica dos diversos *stakeholders*, descrita no Ponto 3.2.1.4.

3.2.1.1. ANÁLISE DA PERFORMANCE INDIVIDUAL DA PPP (*VALUE FOR MONEY EX-POST*)

3.2.1.1.1. *Fundamentos da existência de VfM na altura de contratação da PPP*

94. Aquando da fase de preparação do lançamento do procedimento com vista à formação do contrato de gestão relativo ao Hospital de Cascais, em modelo de PPP, e nos termos do previsto no enquadramento legal das PPP que vigorava à altura, foram realizados diversos estudos (destacando-se o “Estudo Estratégico e Económico-financeiro”), designadamente com os objetivos de *(i)* aferir a necessidade de construção do novo Hospital de Cascais, *(ii)* uma vez selecionada a alternativa com maior racionalidade, tendo por base uma análise custo-benefício das várias soluções identificadas à data, desenvolver as linhas orientadoras do projeto de referência para o Novo Hospital, e, por fim, *(iii)* decidir entre a opção de contratação exclusivamente pública e a opção de recurso a um modelo de PPP.

No contexto do referido “Estudo Estratégico e Económico-financeiro” foi assim aferido e justificado o valor acrescentado da opção de PPP (*Value for Money* da parceria) em face de um modelo de contratação pública, naturalmente, no contexto de uma perspetiva de obter uma solução mais económica, eficiente e eficaz.

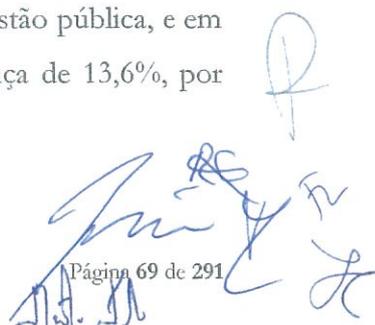
Com este enquadramento, foi, por um lado, calculado o valor do CPC, que, em termos conceptuais, se traduz na ferramenta de cálculo do custo total do projeto ao longo do ciclo de vida do mesmo, quando este é implementado, operado, gerido e financiado pelo setor público, servindo, portanto, como *benchmark* para efeitos de opção quanto à modalidade de contratação do projeto pelo setor público e ainda para fins de comparabilidade das propostas dos concorrentes, quando selecionado o regime de PPP, permitindo escolher entre opções com o mesmo nível de *performance*/valor, aquela que representa um custo inferior.

Por outro lado, foi identificado um conjunto de vantagens qualitativas associadas à opção pelo modelo da PPP, no caso específico da gestão hospitalar, designadamente:

- “*Controlo dos custos de operação mediante a definição contratual dos preços a praticar, dos objectivos de quantidade e qualidade a cumprir e dos mecanismos de revisão de preços a aplicar ao longo do período da parceria.*” (sublinhado nosso);
- “*A experiência internacional em parcerias público-privadas sugere que o serviço prestado apresenta qualidade superior em regime de parceria, face ao regime tradicional, em virtude da introdução de novas e inovadoras formas de gestão centradas na satisfação das necessidades do utente*” sublinhado nosso);
- A possibilidade de *benchmarking* da performance hospitalar;
- A introdução de novas formas de gestão hospitalar; e ainda
- A transferência de riscos do setor público para o privado.

95. Tendo por base as anteriores premissas e depois de avaliada a proposta do concorrente vencedor – o agrupamento Hospitais Privados de Portugal/Teixeira Duarte –, a Comissão de Avaliação de Propostas concluiu, no seu Relatório Final, que a referida proposta revelava economia, eficiência e eficácia em face da alternativa de gestão pública, propondo a respetiva adjudicação da mesma.

Com base no exposto, importa ter presente que, à data de adjudicação do Contrato de Gestão, o parceiro público tinha a expectativa de que a escolha do modelo de gestão clínica em regime de PPP representaria, face ao modelo alternativo de gestão pública, e em termos de Valor Atualizado Líquido, a 1 de Janeiro 2005, uma poupança de 13,6%, por



comparação do valor da proposta (que decorre da negociação final) com o valor do CPC final.

Quadro 1 – Poupança do CPC (negociação final)

Valores em milhares de euros

Análise do CPC ¹	
Valores CPC ²	312.299
Valor proposta adjudicada	269.825
% de poupança no CPC	13,60%

Nota 1: Inclui apenas a componente de gestão clínica.

Nota 2: CPC - negociação final.

Fonte: CPC (negociação final) e Proposta Adjudicada.

3.2.1.1.2. Análise da evolução da produção e da remuneração³⁷

96. A produção prevista é, tal como melhor descrito no n.º 80 do presente Relatório, definida anualmente por acordo entre as partes, salvo nos casos em que não é possível chegar a acordo, e que, portanto, cabe à EPC a fixação unilateral da produção prevista para o ano em causa, nos termos do previsto no n.º 8 da cláusula 37.ª do Contrato de Gestão.

97. Ao longo do período de análise, esta prerrogativa de fixação unilateral da produção prevista foi efetivamente utilizada pela ARSLVT, nos anos de 2011 e 2012, uma vez que não foi possível às partes chegar a um acordo quanto à produção a contratar para esses anos. Para este facto, poderão ter contribuído, pelo menos em parte, as restrições orçamentais impostas à ARSLVT. A este respeito, importa referir o que consta no Relatório n.º 11/2014 - 2ª Secção do Tribunal de Contas: “(...) a ARSLVT reconheceu ser inevitável proceder a alguma redução da produção contratada, apesar de indesejável, “(...) conhecidas que são as necessidades em saúde da população servida pelo Hospital de Cascais e a existência de capacidade de resposta por parte deste.”.

³⁷ Note-se que, de forma garantir a comparabilidade dos valores apresentados, para efeitos de apresentação dos dados relativos à produção e à remuneração foram consideradas apenas as grandes linhas de produção, ou seja não foram considerados na análise apresentada os casos e atos específicos (onde se inclui a IVG e a ventilação assistida) e os meios complementares e diagnóstico e terapêutica.

98. No quadro seguinte, apresentam-se os valores de **produção prevista** determinada em cada ano, por área de atividade.

Quadro 2 – Produção Prevista

Unidade de produção aplicável

Produção Prevista	2011	2012	2013	2014	2015	CAGR
Internamento e Cirurgia de Amb.						
Nº de episódios	16.414	14.759	17.093	17.324	17.658	1,8%
Internamento	13.892	12.223	13.630	13.057	13.022	-1,6%
Cirurgia de ambulatório	2.522	2.536	3.463	4.267	4.636	16,4%
Doentes equivalentes	14.897	13.665	16.139	16.283	16.602	2,7%
ICM Global	0,789	0,780	0,859	0,880	0,880	2,8%
Dias de Internamento Prolongado						
Número de Dias	3.650	3.650	1.622	1.200	1.200	-24,3%
Consulta Externa						
1º consultas	46.188	44.456	46.698	45.898	48.000	1,0%
subsequentes	63.258	66.305	71.603	79.397	83.310	7,1%
Nº de consultas	109.446	110.761	118.301	125.295	131.310	4,7%
Urgência						
1ª Escalão	125.383	118.519	129.302	134.695	139.248	2,7%
2ª Escalão	6.599	6.238	6.805	7.089	7.329	2,7%
Número de urgências	131.982	124.757	136.107	141.784	146.577	2,7%
Hospital de Dia Médico						
Oncologia	4.014	4.500	4.538	3.850	3.043	-6,7%
Pediatria	600	518	527	580	670	2,8%
Psiquiatria	4.881	1.687	1.200	1.450	1.693	-23,3%
Outras Sessões	107	200	356	390	415	40,3%
Total (Nº de sessões)	9.602	6.905	6.621	6.270	5.821	-11,8%

Nota: Em 2011 e em 2012 a produção foi fixada unilateralmente.

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação e Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

Dos valores apresentados conclui-se o seguinte:

- Em termos globais, no período analisado, com exceção do hospital de dia e do internamento, todas as áreas de atividade registaram uma taxa de crescimento média anual positiva, destacando-se, sobretudo, a área do ambulatório, que, em termos de número de episódios cresceu a uma média anual de 16,4%, aumentando o seu peso relativo em face do internamento, de 15% em 2011 para 26% em 2015. A esta evolução não será certamente alheia a tendência de ambulatorização que se tem verificado no sector da saúde;
- Em 2012, a produção prevista (no âmbito do mecanismo contratual de determinação da produção prevista) foi determinada por fixação unilateral da EPC, tendo sido globalmente inferior à prevista no ano anterior (também com base no mecanismo de determinação unilateral da produção prevista), com exceção da cirurgia de ambulatório cujo valor de produção se manteve inalterado face ao do ano anterior.

99. Nos quadros seguintes, apresentam-se os valores de produção prevista determinados em cada ano, por comparação com os valores inicialmente propostos pela EGEST, bem como com os valores de produção efetiva do hospital, antes de aplicados os limites estabelecidos no Contrato de Gestão para efeitos de cálculo da remuneração.

Quadro 3 – Produção proposta pela EGEST, produção prevista e produção efetiva sem limites

Unidade de produção aplicável

P EGEST vs PPrevista vs PE sem limites	2011					2012				
	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio PE s/lim vs PPrevista	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio PE s/lim vs PPrevista
	Internamento e Cirurgia de Amb.									
Nº de episódios	20.055	16.414	16.995	22%	4%	19.920	14.759	16.802	35%	14%
Internamento	16.845	13.892	13.710	21%	-1%	15.882	12.223	13.826	30%	13%
Cirurgia de ambulatório	3.210	2.522	3.285	27%	30%	4.038	2.536	2.976	59%	17%
Doentes equivalentes	17.938	14.897	16.207	20%	9%	18.473	13.665	15.834	35%	16%
ICM Global	0,910	0,789	0,858	15%	9%	0,789	0,780	0,897	1%	15%
Dias de Internamento Prolongado										
Número de Dias	3.650	3.650	2.145	0%	-41%	3.650	3.650	1.515	0%	-58%
Consulta Externa										
1º consultas	50.905	46.188	42.591	10%	-8%	50.836	44.456	41.015	14%	-8%
subsequentes	74.961	63.258	76.926	19%	22%	81.265	66.305	73.081	23%	10%
Nº de consultas	125.866	109.446	119.517	15%	9%	132.101	110.761	114.096	19%	3%
Urgência										
1ª Escalão	134.767	125.383	125.383	7%	0%	149.928	118.519	118.519	27%	0%
2ª Escalão	7.093	6.599	19.261	7%	192%	7.891	6.238	17.061	27%	174%
Número de urgências	141.860	131.982	144.644	7%	10%	157.819	124.757	135.580	27%	9%
Hospital de Dia Médico										
Oncologia	4.014	4.014	4.336	0%	8%	5.297	4.500	4.419	18%	-2%
Pediatria	850	600	465	42%	-23%	600	518	539	16%	4%
Psiquiatria	8.194	4.881	0	68%	-100%	15.000	1.687	1.431	789%	-15%
Outras Sessões	113	107	141	6%	32%	264	200	195	32%	-3%
Total (Nº de sessões)	13.171	9.602	4.942	37%	-49%	21.161	6.905	6.584	206%	-5%

P EGEST vs PPrevista vs PE sem limites	2013					2014				
	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio PE s/lim vs PPrevista	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio PE s/lim vs PPrevista
	Internamento e Cirurgia de Amb.									
Nº de episódios	18.469	17.093	18.363	8%	7%	23.281	17.324	19.288	34%	11%
Internamento	14.772	13.630	14.009	8%	3%	14.891	13.057	14.431	14%	11%
Cirurgia de ambulatório	3.697	3.463	4.354	7%	26%	8.390	4.267	4.857	97%	14%
Doentes equivalentes	17.126	16.139	17.308	6%	7%	21.955	16.283	18.103	35%	11%
ICM Global	0,789	0,859	0,910	-8%	6%	0,859	0,880	0,930	-2%	6%
Dias de Internamento Prolongado										
Número de Dias	2.200	1.622	1.105	36%	-32%	1.230	1.200	1.393	2%	16%
Consulta Externa										
1º consultas	47.762	46.698	44.522	2%	-5%	51.943	45.898	48.266	13%	5%
subsequentes	74.806	71.603	83.119	4%	16%	87.557	79.397	83.224	10%	5%
Nº de consultas	122.568	118.301	127.641	4%	8%	139.500	125.295	131.490	11%	5%
Urgência										
1ª Escalão	125.044	129.302	129.302	-3%	0%	135.968	134.695	134.695	1%	0%
2ª Escalão	6.581	6.805	12.275	-3%	80%	7.156	7.089	10.218	1%	44%
Número de urgências	131.625	136.107	141.577	-3%	4%	143.124	141.784	144.913	1%	2%
Hospital de Dia Médico										
Oncologia	4.700	4.538	3.608	4%	-20%	4.370	3.850	2.960	14%	23%
Pediatria	572	527	576	9%	9%	598	580	604	3%	4%
Psiquiatria	1.800	1.200	1.372	50%	14%	1.436	1.450	1.661	-1%	15%
Outras Sessões	400	356	202	12%	-43%	388	390	200	1%	-49%
Total (Nº de sessões)	7.472	6.621	5.758	13%	-13%	6.792	6.270	5.425	8%	-13%

P EGEST vs PPrevista vs PE sem limites	2015				
	P EGEST	P Prevista	PE s/lim	Desvio P EGEST vs PPrevista	Desvio PE s/lim vs PPrevista
Internamento e Cirurgia de Amb.					
Nº de episódios	19 828	17 658	19 612	12%	11%
Internamento	13 870	13 022	14 877	7%	14%
Cirurgia de ambulatório	5 958	4 636	4 735	29%	2%
Doentes equivalentes	18 734	16 602	18 659	13%	12%
ICM Global	0,880	0,880	0,858	0%	-3%
Dias de Internamento Prolongado					
Número de Dias	1 370	1 200	1 557	14%	30%
Consulta Externa					
1º consultas	48 370	48 000	47 248	1%	-2%
subsequentes	83 540	83 310	84 937	0%	2%
Nº de consultas	131 910	131 310	132 185	0%	1%
Urgência					
1ª Escalão	140 788	139 248	139 248	1%	0%
2ª Escalão	7 410	7 329	8 147	1%	11%
Número de urgências	148.198	146.577	147.395	1%	1%
Hospital de Dia Médico					
Oncologia	3 030	3 043	3 160	0%	4%
Pediatria	670	670	703	0%	5%
Psiquiatria	1 692	1 693	1 848	0%	9%
Outras Sessões	415	415	284	0%	-32%
Total (Nº de sessões)	5.807	5.821	5.995	0%	3%

Fonte: Propostas anuais de fixação da produção elaboradas pela EGEST, Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Dos referidos quadros é possível concluir que **(i)** a produção proposta pela EGEST apresentou-se sempre acima da produção efetivamente contratada entre as partes (produção prevista), o que naturalmente se compreende, seja porque o processo de determinação da produção prevista é um processo negocial, seja porque em alguns anos (designadamente em 2011 e 2012) o valor da produção prevista foi influenciado por questões de índole orçamental, **(ii)** as diferenças entre a produção proposta pela EGEST e a produção efetivamente contratada foram tendencialmente superiores nos primeiros anos de análise, sobretudo em 2011 e 2012, esbatendo-se substancialmente no ano de 2015, e **(iii)** em termos globais a produção efetiva sem limites tem ficado tendencialmente acima da produção prevista, com exceção do caso do hospital de dia, onde em vários anos a produção efetiva ficou abaixo da produção prevista.

100. Relativamente à **produção efetiva**, importa lembrar que o Contrato de Gestão prevê a aplicação de limites (*cf.* Ponto 3.1.7.2. do presente Relatório) à produção efetiva objeto de remuneração (em função da produção prevista), o que, na prática, se poderá traduzir na possibilidade de parte da produção efetivamente realizada pelo parceiro privado poder não ser remunerada. De acordo com os dados do quadro seguinte verifica-se que, ao longo do período analisado, e sobretudo na área das consultas externas (na parte que se refere às consultas subsequentes) e do internamento e ambulatório, efetivamente verificou-

se a existência de produção não remunerada, não obstante as diferenças se apresentarem pouco significativas.

Quadro 4 – Percentagem de produção efetiva com limites sobre a produção efetiva sem limites

Unidade de produção aplicável

PEcom limites /PEsem limites	2011	2012	2013	2014	2015
Internamento e Cirurgia de Amb.					
Doentes equivalentes (Int e CA)	100,0%	94,9%	100,0%	98,9%	97,9%
ICM Global	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	107,2%
Dias de Internamento Prolongado					
Número de Dias	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Consulta Externa					
Nº de consultas	92,6%	98,1%	93,3%	94,7%	99,5%
Urgência					
Número de urgências	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Hospital de Dia Médico					
Total (Nº de sessões)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,9%

Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Quanto à questão das diferenças entre a produção efetiva com limites e a produção efetiva sem limites no caso das consultas externas subsequentes, poderá não ser alheio o facto de existirem atualmente determinadas especialidades (*cf.* se verifica no gráfico seguinte que apresenta os dados para o ano de 2015) com elevados tempos médios de espera para a 1.ª consulta, podendo, portanto, nesse sentido, estar a EPC a querer incentivar a EGEST a aumentar o peso das 1.ªs consultas no total.

Gráfico 1 – Lista de espera de consultas por especialidade e tempo médio de espera para 1.ª consulta em dias, no ano de 2015

Unidade da lista de espera em número de pedidos e unidade do tempo médio em dias



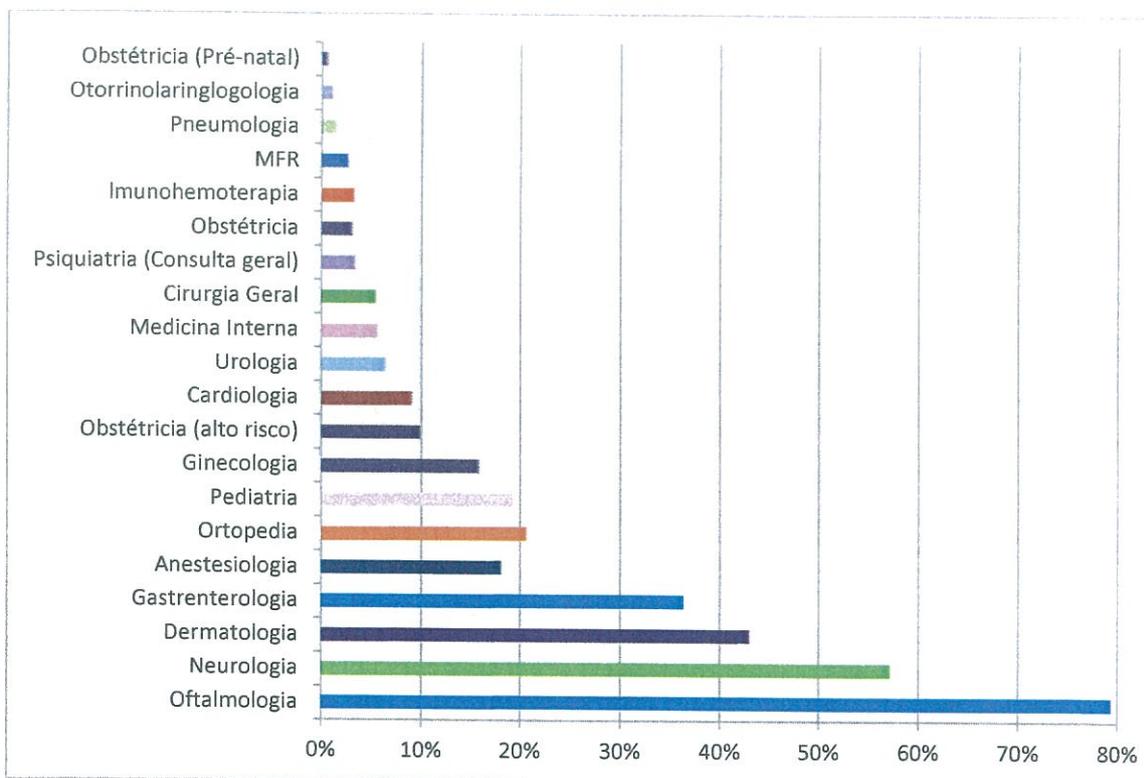
Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

Por sua vez, de acordo com o gráfico seguinte, é possível verificar que as especialidades de oftalmologia, neurologia, dermatologia e gastroenterologia são aquelas onde se verifica maior número de consultas realizadas fora do tempo (em termos médios – anos 2014 e 2015), sendo de referir que nos casos das especialidades de dermatologia e de oftalmologia, os tempos médios de espera verificados em 2015 estão acima do Tempo Máximo de Resposta Garantido (“TMRG”)³⁸, mesmo considerando o seu valor máximo de 150 dias relativo às consultas consideradas “normais”.

³⁸ Definido na Portaria 87/2015, de 23 de março.

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

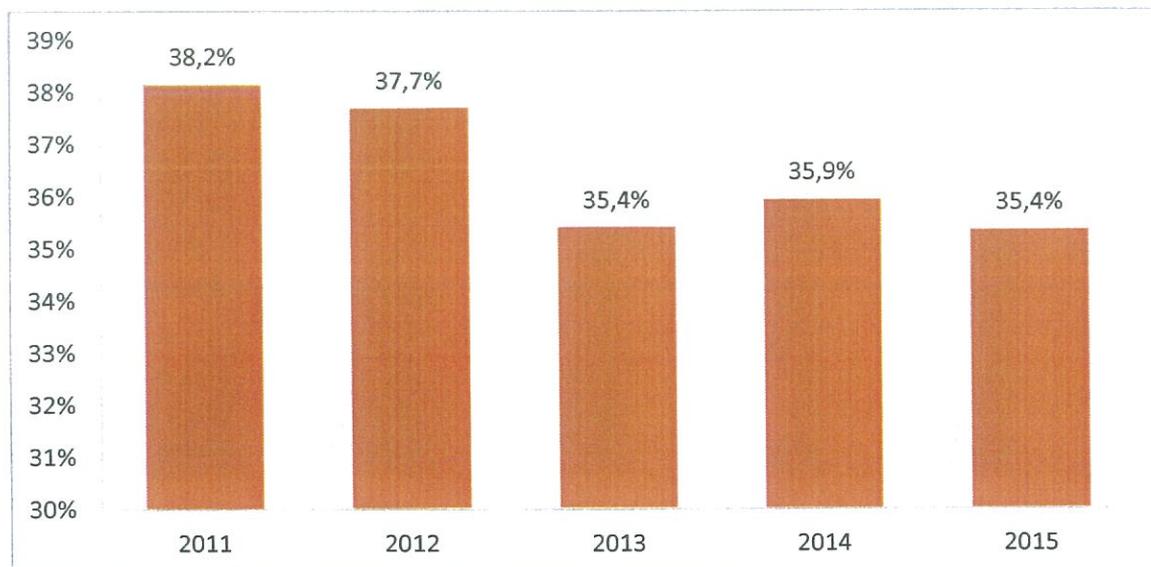
Gráfico 2 – Percentagem de consultas realizadas fora do tempo por especialidade em termos médios (2014-2015)



Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

Em linha com o raciocínio apresentado *supra*, verifica-se no gráfico seguinte que, efetivamente, o peso das 1.ªs consultas no total das consultas externas registou uma tendência de redução entre 2011 e 2015. Por outro lado, não obstante a ligeira recuperação verificada em 2014, no último ano o valor voltou a cair, ascendendo no final de 2015 a 35,4%.

Gráfico 3 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas (2011-2015)



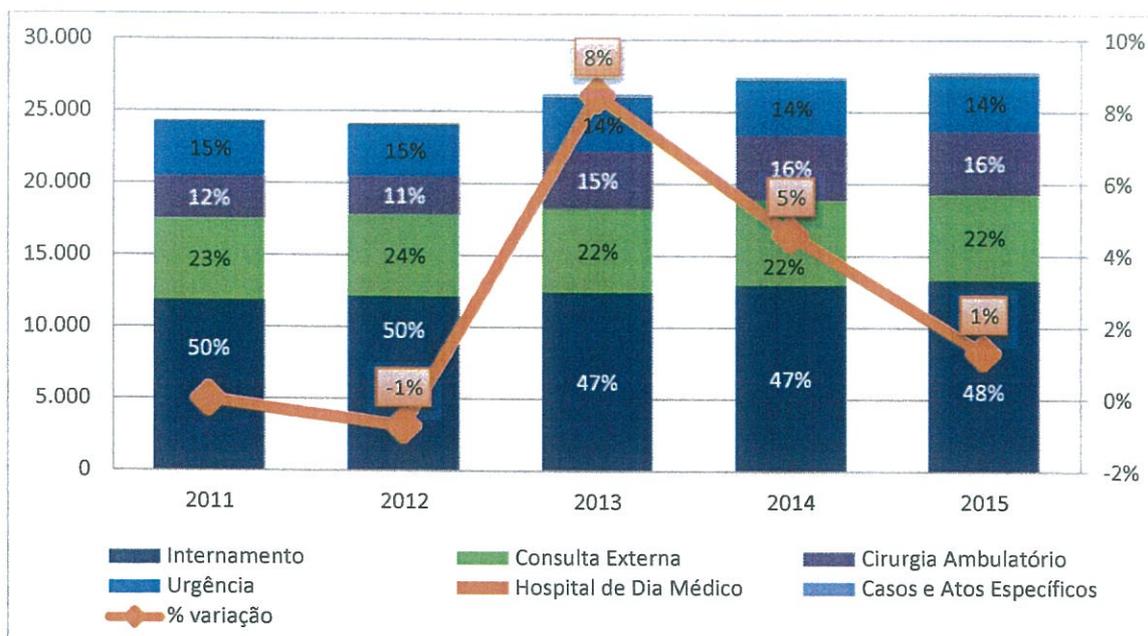
Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

101. Uma vez analisada a produção prevista e efetiva em termos globais, importa agora analisar a evolução da produção por áreas de atividade. Nesse sentido, e porque as unidades de medida da produção utilizadas nas diferentes áreas não são semelhantes entre si, calculou-se, para cada ano do período de análise, os **valores de doente padrão**³⁹, tendo por base a metodologia definida pela Equipa de Projeto (*cf.* melhor descrito no Ponto 3.2.1.2.2. do presente Relatório), que permite comparar os valores do referido indicador dentro de uma série temporal.

Neste contexto, apresenta-se, de seguida, a evolução anual do valor de doente padrão para o Hospital de Cascais, desagregado por linha de produção, bem como a respetiva taxa de variação anual do mesmo.

³⁹ Doente padrão é a métrica utilizada, pela ACSS, para a agregar a atividade hospitalar (a qual é composta pelas diversas linhas de produção), numa única unidade de produção num determinado ano.

Gráfico 4 – Doente padrão desagregado por linha de produção (AP21) e respetiva taxa de variação face ao período homólogo (2011 a 2015)



Nota: O cálculo do doente padrão teve por base o ICM global e as consultas externas incluem os Doentes Padrão de VIH/SIDA (AP21).

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de informação disponibilizada pela ACSS.

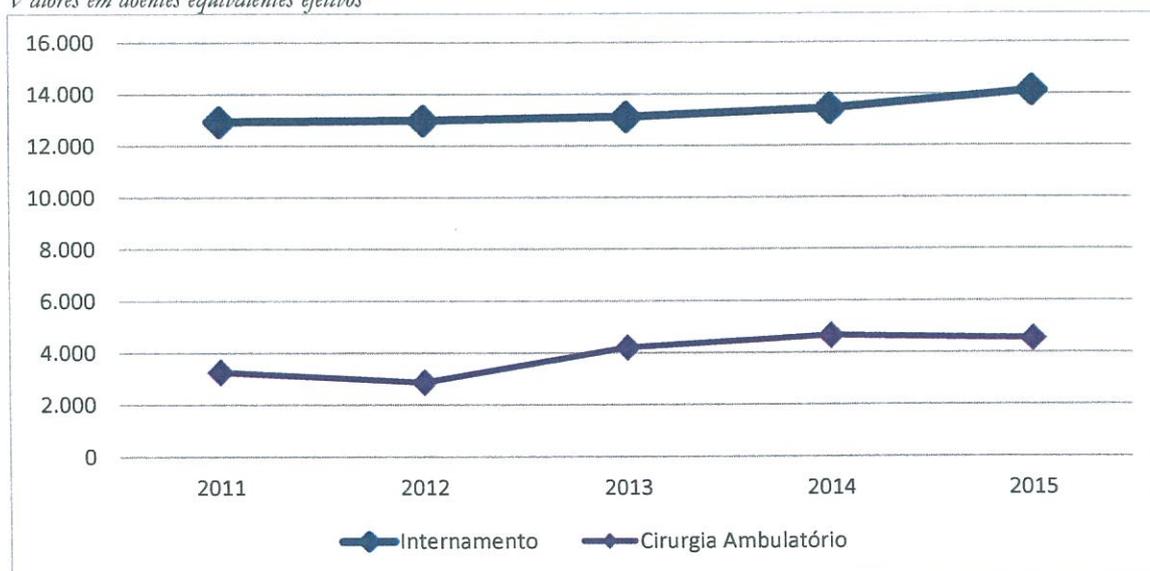
Tal como se constata, a partir do gráfico anterior, com exceção do ano de 2012, o doente padrão do Hospital de Cascais apresentou sempre uma tendência de crescimento ao longo do período analisado, destacando-se, sobretudo, ano de 2013, que representou o ano com a taxa de crescimento anual do doente padrão mais elevada. Para esta circunstância, terá contribuído *(i)* o facto de no ano de 2012 a produção prevista ter estado limitada pela aplicação da prerrogativa contratual concedida à EPC, de fixação unilateral da produção, registando portanto uma redução, ao contrário do ano de 2013, em que a produção prevista foi determinada por acordo, tendo registado um acréscimo significativo, sobretudo nos casos da cirurgia de ambulatório e do internamento (as áreas de atividade mais onerosas do hospital), *(ii)* o forte crescimento da produção efetiva da área de ambulatório – neste ano o número de episódios de cirurgia de ambulatório efetivamente verificados cresceu 46%, tendo ficado a produção efetiva sem limites 26% acima da produção contratada.

Em termos globais, a área de atividade que, ao longo do período analisado, mais contribuiu para a tendência de aumento do doente padrão foi a de cirurgia de ambulatório, a qual viu o seu peso no total do doente padrão aumentar de 12% em 2011 para 16% em 2015.

102. No que respeita à produção na área de internamento e de cirurgia de ambulatório, o período analisado caracterizou-se, por um lado, por um crescimento, ainda que ligeiro, ao nível do internamento, sobretudo entre 2013 e 2015, período no qual a taxa de ocupação aumentou de 82% para 85%, tal como se verifica nos gráficos seguintes.

Gráfico 5 – Linha de produção (doentes equivalentes efetivos) de internamento e cirurgia de ambulatório (2011-2015)

Valores em doentes equivalentes efetivos



Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Quadro 5 – Taxas de ocupação

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tx. Ocupação	89%	76%	81%	80%	82%	81%	85%

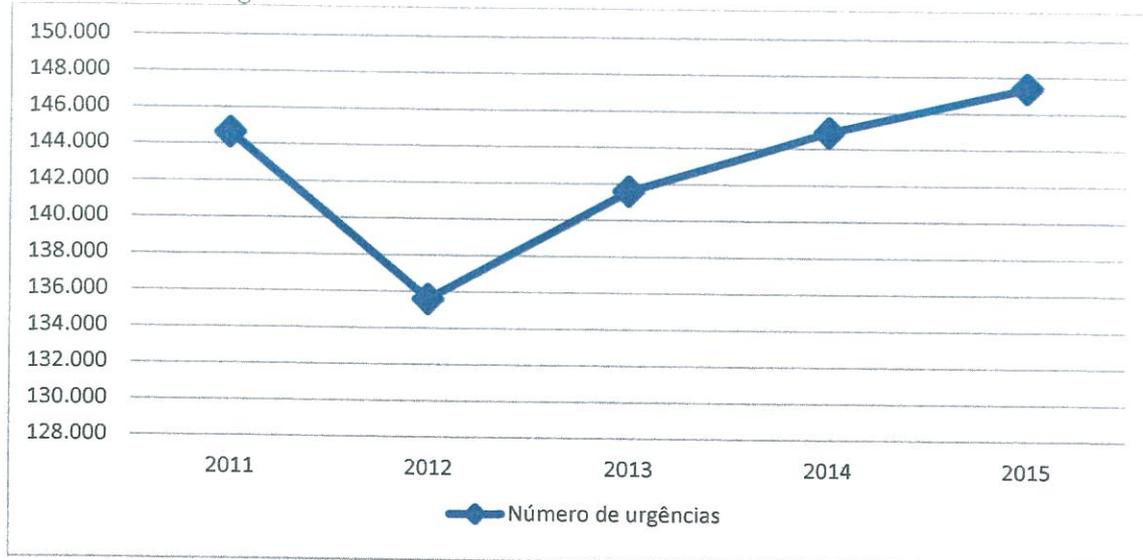
Fonte: Relatórios e Contas da HPP Saúde Parcerias Cascais S.A..

103. Em relação à **urgência**, importa referir o aumento contínuo do número de episódios a partir de 2012, sendo relevante relembrar que no caso da urgência, e ao contrário do que acontece nas demais áreas de atividade, não existe qualquer limite à produção considerada para efeitos da remuneração.

(Assinaturas manuscritas)

Gráfico 6 – Urgência (2011-2015)

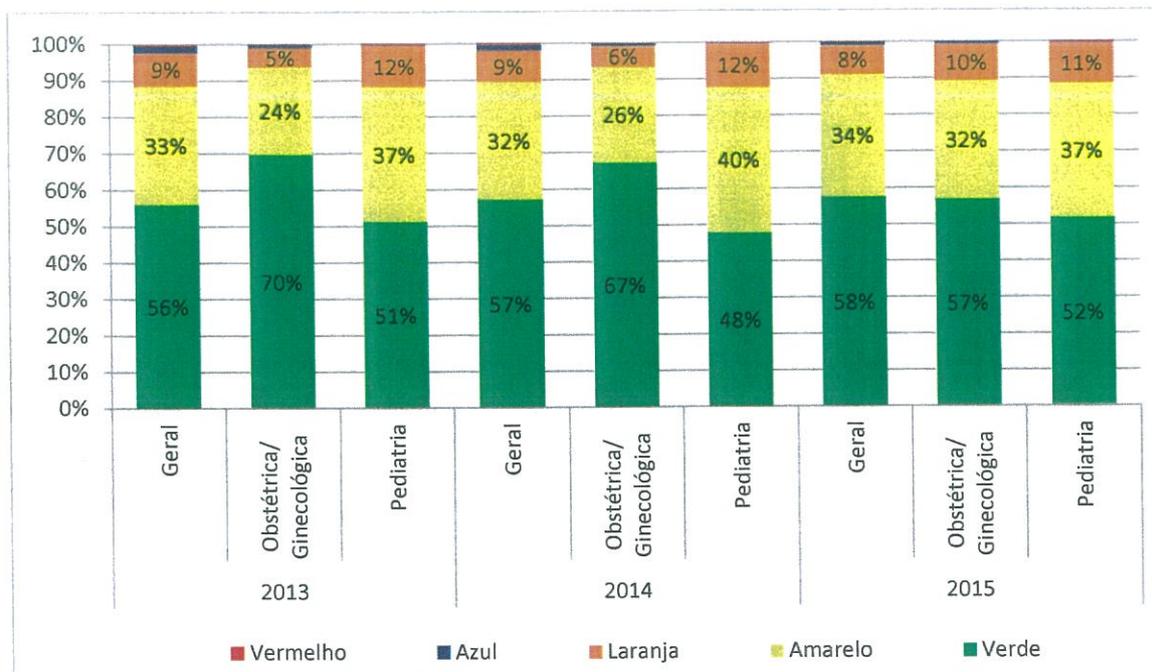
Valores em número de urgências



Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Relativamente à distribuição das urgências do Hospital de Cascais, ilustra-se seguidamente a produção, entre os anos de 2013 e 2015, de acordo com o sistema de triagem de Manchester, concluindo-se que a “cor verde” representa mais de metade dos episódios de urgência, sendo a “cor amarela” a segunda com maior representatividade.

Gráfico 7 – Distribuição do número de episódios da Urgência tendo por base o sistema de Manchester entre 2013 e 2015

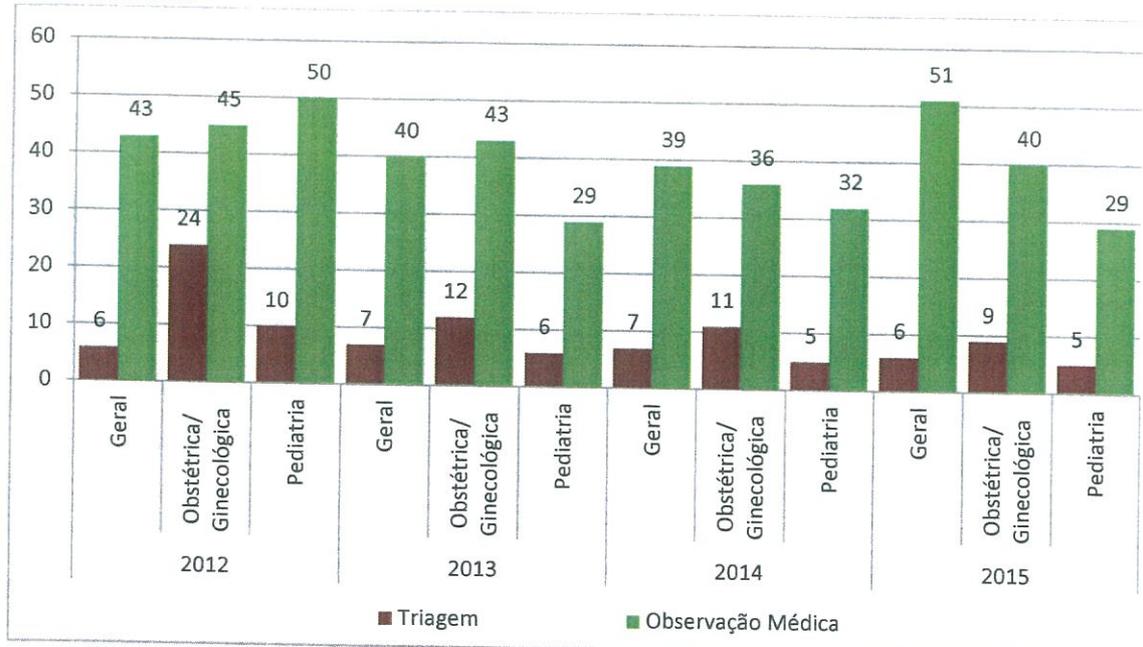


Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

Tal como se constata a partir do gráfico seguinte, o tempo médio de espera por urgência, quer em termos de espera para triagem, quer relativamente ao tempo médio de espera por observação médica, tem-se apresentado bastante variável ao longo dos últimos quatro anos, destacando-se o facto de em 2015, ao nível do tempo médio de espera por observação médica na urgência geral, se ter registado o maior valor de sempre, de 51 minutos.

Gráfico 8 – Tempo médio de espera em minutos entre 2012 e 2015 por tipo de urgência

Valores em minutos

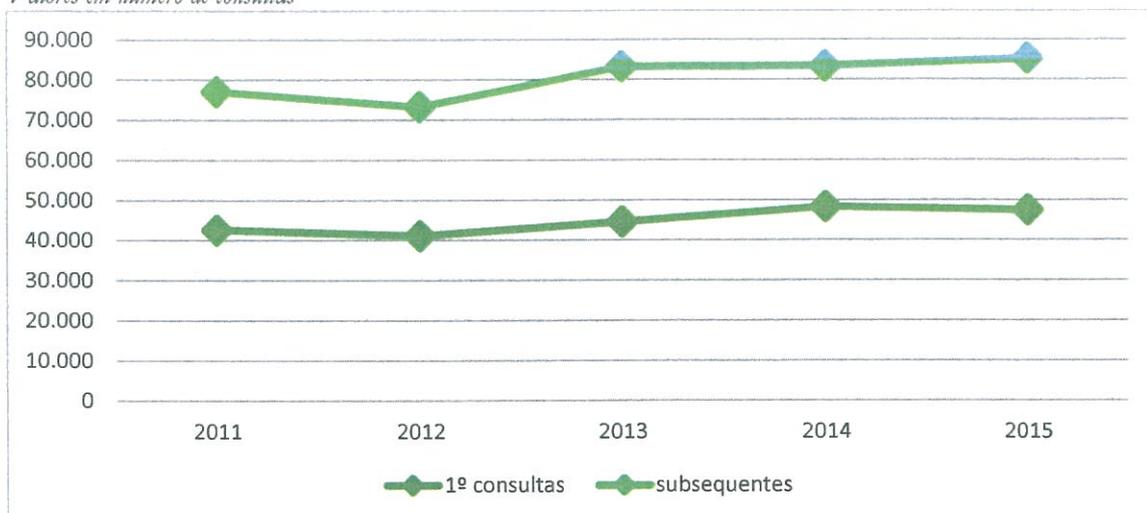


Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

104. No caso das **consultas externas**, a evolução no período analisado foi em crescendo, sobretudo no caso das consultas subsequentes, com exceção do ano de 2012, em que registaram uma diminuição, para a qual terá eventualmente contribuído a diminuição da produção contratada no âmbito da aplicação do mecanismo de determinação unilateral da produção por parte da EPC, nos termos do previsto contratualmente.

Gráfico 9 – Consultas externas (2011-2015)

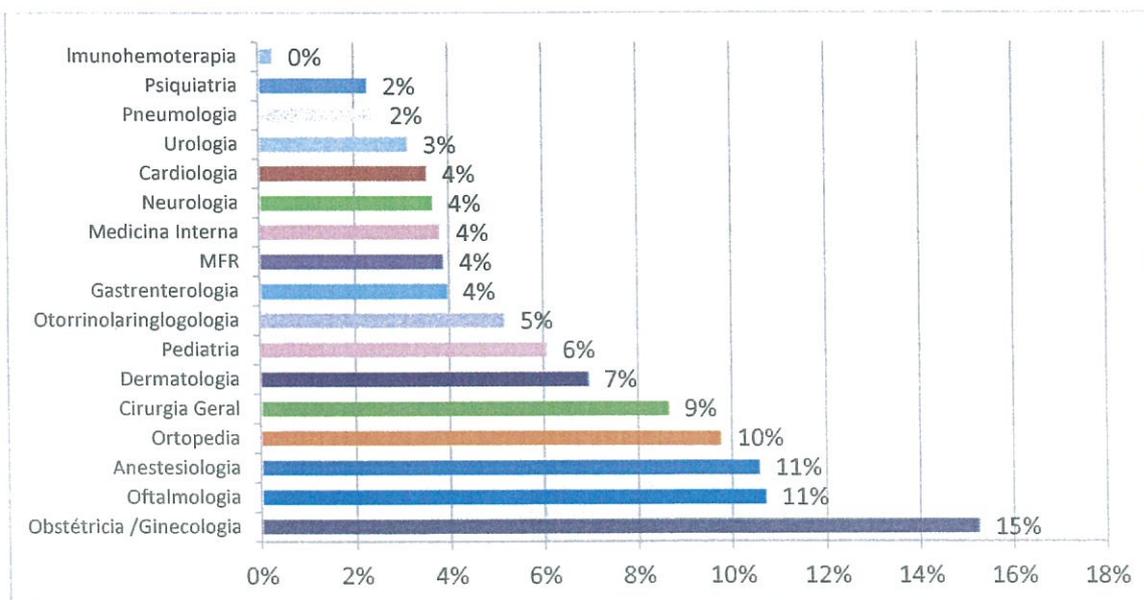
Valores em número de consultas



Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

No que concerne apenas às primeiras consultas, apresenta-se, no gráfico seguinte, o peso de cada uma das especialidades no total, destacando-se, sobretudo, as consultas de obstetria/ginecologia, anestesiologia, oftalmologia e ortopedia, por corresponderem àquelas que representam maior peso no total das consultas.

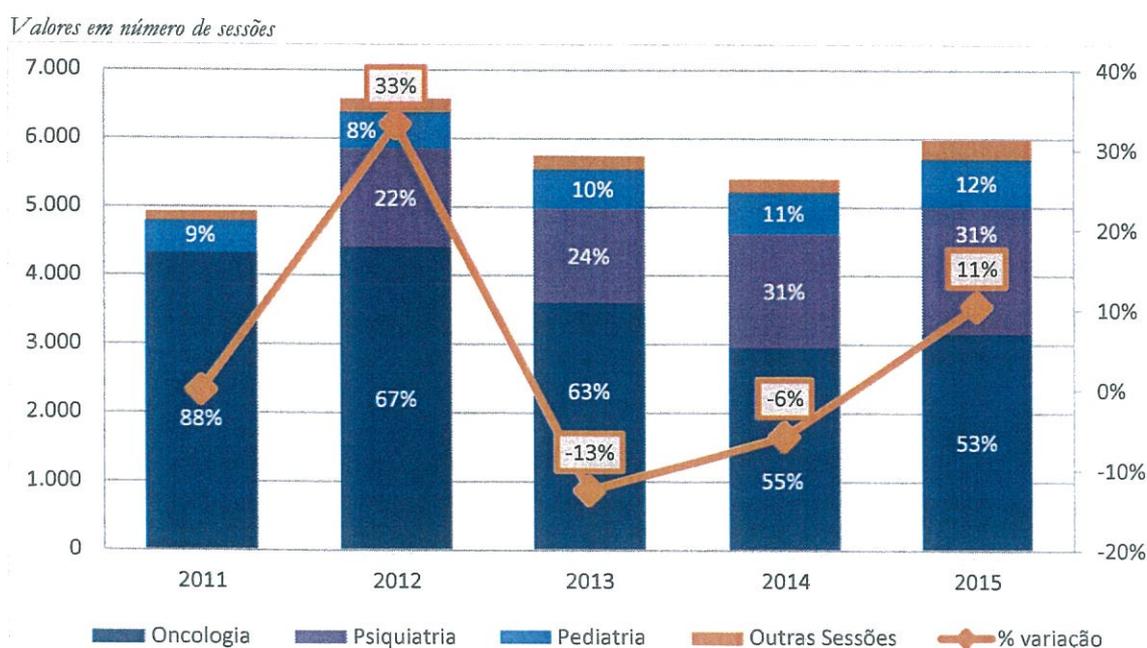
Gráfico 10 – Distribuição das primeiras consultas por especialidade em termos médios (2011-2015)



Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

105. No que ao hospital de dia diz respeito, o período analisado caracterizou-se por uma evolução bastante heterogénea, destacando-se o forte crescimento do número de sessões de hospital de dia em 2012 (essencialmente motivado pelo facto de em 2011 a EPC ter considerado a totalidade dos episódios de psiquiatria como não elegíveis⁴⁰), o decréscimo verificado em 2013 e 2014 (refletindo, em grande medida, a evolução da área de oncologia, que tem vindo sempre a perder peso no total) e, posteriormente, o aumento em 2015, motivado pelo crescimento das áreas de psiquiatria e de oncologia.

Gráfico 11 – Hospital de Dia por especialidade e respetiva taxa de crescimento (2011-2015)

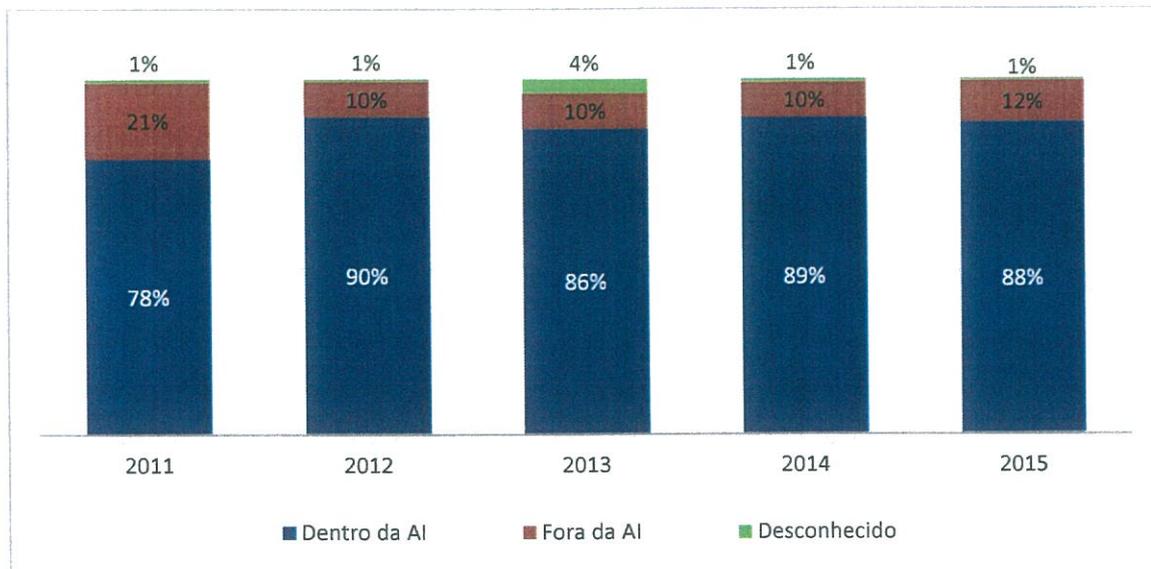


Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

106. Por fim, apresenta-se, no gráfico seguinte, a decomposição do número de utentes entre aqueles que pertencem à área de influência e aqueles que não pertencem à área de influência do hospital.

⁴⁰ Esta circunstância decorreu do facto de, no âmbito de uma auditoria a uma amostra de sessões de hospital de dia, a EPC ter detetado um conjunto significativo de inconformidades ao nível dos registos dos atos. Não tendo a EGEST prestado os esclarecimentos que lhe foram solicitados a este respeito, em dois momentos distintos, optou a EPC por considerar como não elegíveis a totalidade dos episódios de hospital de dia relativos à psiquiatria.

Gráfico 12 – Utentes por Área de Influência



Fonte: Relatórios mensais acumulados da HPP Saúde Parcerias Cascais S.A.

Remuneração

107. De acordo com o exposto no n.º 76 do presente Relatório, o valor da remuneração anual do parceiro privado, nos termos do previsto contratualmente, é o resultado da agregação de quatro componentes:

- A remuneração pelos serviços clínicos prestados (relativa às áreas de internamento e cirurgia de ambulatório, consultas externas, hospital de dia e urgência, aos utentes elegíveis para a RNCCI e ainda aos casos e atos específicos⁴¹);
- A remuneração pela disponibilidade operacional do serviço de urgência;
- Os ajustamentos, positivos ou negativos, calculados em função do consumo de produtos farmacêuticos prescritos pelos médicos do hospital e adquiridos nas farmácias comunitárias;

⁴¹ A inclusão de casos e atos específicos, nomeadamente de ventilação prolongada de doentes, na produção efetiva está sujeita a aprovação da EPC, nos termos do previsto contratualmente.

- O valor das deduções a efetuar em virtude da ocorrência de falhas de desempenho.

Relativamente às componentes da remuneração referidas, importa clarificar que a parte relativa aos ajustamentos em função do consumo de produtos farmacêuticos, nunca chegou, na prática, a ser aplicada, uma vez que a sua aplicação depende dos valores do grupo de referência do Hospital de Cascais, que não foi possível recolher, ou por constrangimentos na recolha dessa informação, ou pela impossibilidade de determinação do próprio grupo de referência (*cf.* Ponto 3.2.1.2.1. do presente Relatório).

108. No quadro seguinte apresentam-se os encargos totais do parceiro público com o Hospital de Cascais, no período de 2011 a 2015, os quais incluem **(i)** o valor da remuneração base anual da EGEST, tendo por referência a produção efetiva final de que se dispõe à data⁴², deduzida do valor relativo aos terceiros pagadores, às taxas moderadoras e outros acertos, bem como **(ii)** o valor da remuneração relativa ao protocolo VIH/SIDA e ao programa centralizado de financiamento da Hepatite C, e **(iii)** ainda outros pagamentos e ou deduções (onde se incluem, designadamente, os medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar, as multas – que, naturalmente, abatem ao valor a cargo do SNS – e os medicamentos relativos aos doentes da RNCCI).

Importa referir que os valores do quadro seguinte são apresentados segundo uma lógica económica e não de acordo com o critério de caixa (fluxos financeiros).

⁴² Sendo importante salientar que a mesma pode sofrer alterações mediante pedidos adicionais de reconciliação dos exercícios por parte do parceiro privado.

Quadro 6 – Remuneração anual do parceiro privado, depois de aplicados os limites contratuais*Valores em milhares de euros*

Remuneração da EGEST	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Internamento e Cirurgia Ambulatório</i>	29.118	29.102	34.485	35.984	33.677
<i>Urgência</i>	9.209	8.976	9.537	9.824	10.003
<i>Consulta Externa</i>	7.193	7.501	8.005	8.405	8.761
<i>Disponibilidade do Serviço de Urgência</i>	3.502	3.632	3.636	3.298	3.616
<i>Hospital de Dia Médico</i>	397	486	414	369	400
<i>Casos e Atos Específicos (IVG A10)</i>	40	0	333	278	267
<i>Dias de Internamento prolongado</i>	191	140	102	128	143
Remuneração base anual da EGEst	49.649	49.836	56.511	58.285	56.867
<i>Taxa de crescimento</i>		0,4%	13,4%	3,1%	-2,4%
Deduções	-648	-29	-136	-37	-53
Remuneração anual da EGEst	49.002	49.807	56.375	58.248	56.814
Parcela a cargo de Terceiros Pagadores	-1.031	-805	-718	-711	-1.347
Taxas moderadoras	-776	-1.369	-1.636	-1.892	-1.984
Episódios ao abrigo de Acordos internacionais não faturados	0	0	0	-3	0
Acerto favorável/desfavorável à EGEST	0	0	86	0	0
Parcela a cargo do SNS	47.194	47.633	54.108	55.642	53.482
Duodécimo	39.533	38.543	45.991	46.894	47.713
Valor de reciliação	7.663	9.045	8.031	8.748	5.771
Protocolos HIV e Hepatite C	10.775	12.178	11.406	11.021	10.202
Outros	-360	926	219	440	611
Total Remuneração	57.610	60.692	65.648	67.102	64.298

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Note-se que a remuneração que se apresenta no quadro anterior tem por base os valores da produção efetiva⁴³ do Hospital de Cascais, depois de aplicados os limites contratualmente aplicáveis para efeitos de determinação da remuneração, para cada um dos escalões de produção, (*cf.* quadro seguinte).

⁴³ Os valores relativos ao ano de 2015 são ainda provisórios.

Quadro 7 – Produção efetiva após aplicação dos limites contratuais

Unidade de produção aplicável

Produção Efetiva	com limites				
	2011	2012	2013	2014	2015
Internamento e Cirurgia de Amb.					
Doentes equivalentes (Int e CA)	16.207	15.031	17.308	17.911	18.262
ICM Global	0,858	0,897	0,910	0,930	0,858
Dias de Internamento Prolongado					
Número de Dias	2.145	1.515	1.105	1.393	1.557
Consulta Externa					
1º consultas	42.591	41.015	44.522	48.266	47.248
subsequentes	68.054	70.893	74.504	76.240	84.313
Nº de consultas	110.645	111.908	119.026	124.506	131.561
Urgência					
1ª Escalão	125.383	118.519	129.302	134.695	139.248
2º Escalão	19.261	17.061	12.275	10.218	8.147
Número de urgências	144.644	135.580	141.577	144.913	147.395
Hospital de Dia Médico					
Oncologia	4.336	4.419	3.608	2.960	3.043
Pediatria	465	539	576	604	670
Psiquiatria	0	1.431	1.372	1.661	1.693
Outras Sessões	141	195	202	200	284
Total (Nº de sessões)	4.942	6.584	5.758	5.425	5.690

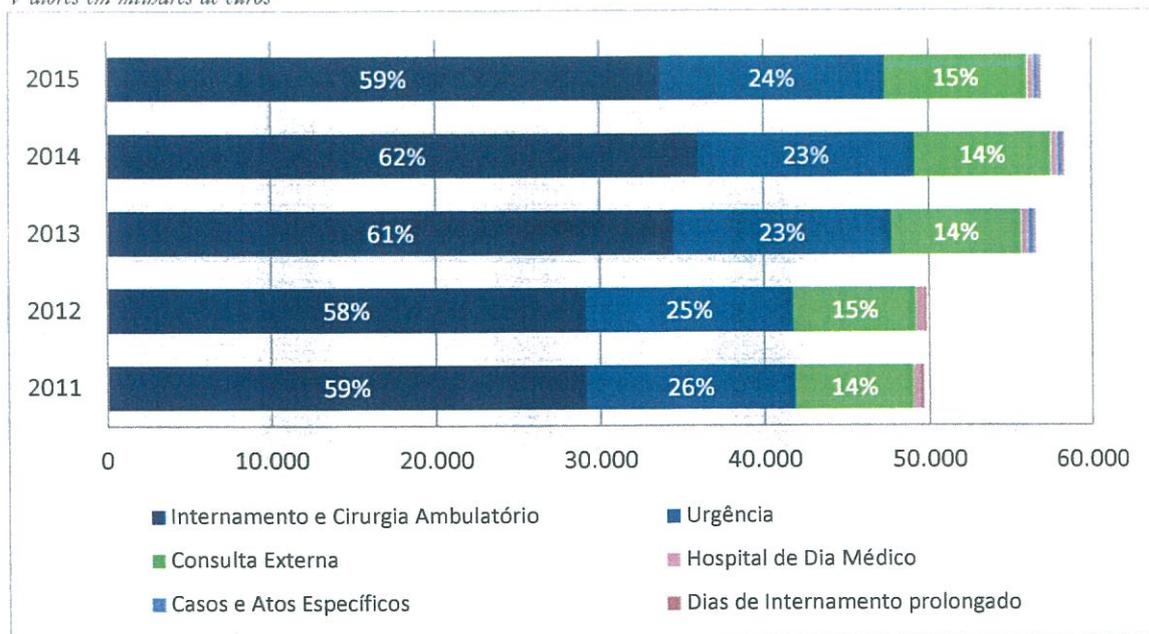
Fonte: Dados de produção disponibilizados pela ARSLVT e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

109. Seguidamente apresenta-se graficamente a evolução das linhas da remuneração base anual da EGEST⁴⁴ por linha de produção. Em termos contributivos, destacam-se as áreas de internamento e cirurgia de ambatório como aquelas que mais contribuíram para o aumento da remuneração verificada entre 2011 e 2015, representando as mesmas cerca de 63% do total desse aumento. As linhas de produção de consulta externa e de urgência, também apresentaram um contributo significativo, com cerca de 22% e 11%, respetivamente, para o referido aumento da remuneração.

⁴⁴ Que não inclui os protocolos, nem o programa centralizado de financiamento da Hepatite C.

Gráfico 13 – Remuneração anual desagregada por área de atividade, considerando a aplicação dos limites contratuais

Valores em milhares de euros



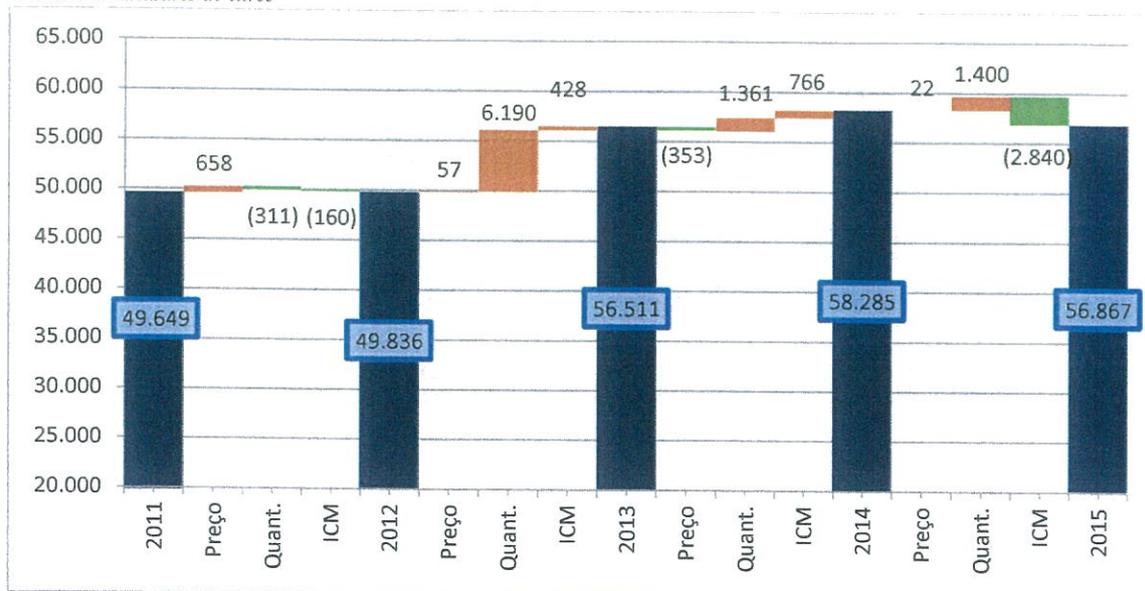
Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Em 2015, a remuneração base anual da EGEST (antes da aplicação de deduções) ascendeu a cerca de 56,9 M€ (valor provisório), representando a linha de produção de internamento e cirurgia de ambulatório um peso de 59% do total, seguida da urgência (com 24%) e da consulta externa (com cerca 15%).

Efetuada a desagregação da evolução da remuneração, no período de 2011 e 2015, em termos de efeitos de preço, quantidade e ICM, conclui-se que, de facto, o crescimento da remuneração resulta, em primeira instância do aumento da produção, seguindo-se o efeito preço como sendo o segundo com maior relevância.

Gráfico 14 – Evolução da remuneração desagregada pelos efeitos preço, quantidade e ICM

Valores em milhares de euros



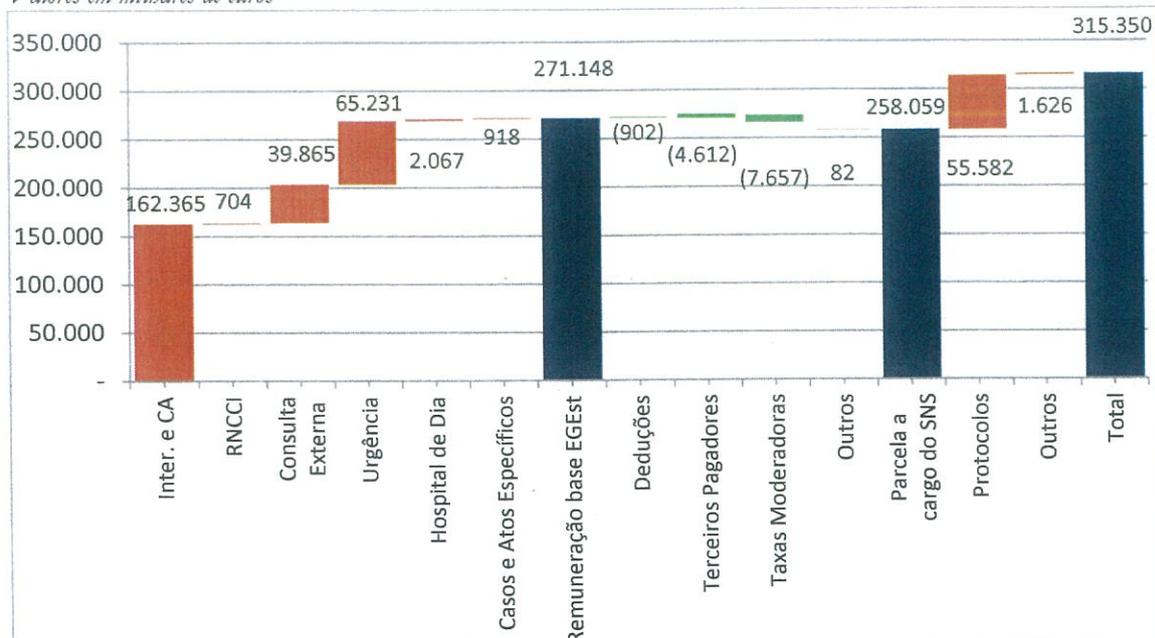
Fonte: Equipa de Projeto, a partir de informação disponibilizada pela ARSLVT.

No gráfico seguinte apresenta-se a desagregação do valor total da remuneração acumulada no período entre 2011 e 2015. Do total de 315,4 M€ pagos ao parceiro privado neste período, conclui-se que 51,5% foi referente às áreas de internamento e cirurgia de ambulatório, seguindo-se, por ordem de importância, a remuneração relativa ao serviço de urgência, os encargos com protocolos (que representaram 17,6% do total) e a consulta externa.

Cumpre mencionar que o montante total pago ao parceiro privado encontra-se deduzido do valor a cargo dos terceiros pagadores e dos utentes, que ascendeu, no período analisado, a cerca de 12,3 M€, representando cerca de 5% da remuneração base anual da EGEST (após as deduções de falhas específicas, de serviço e de resultado).

Gráfico 15 – Evolução acumulada da remuneração no período de 2011 a 2015

Valores em milhares de euros



Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

110. No caso das áreas de internamento e de ambulatório, a remuneração do parceiro privado é calculada tendo por base o volume de produção, medida em doente equivalente, a relatividade do Hospital de Cascais face aos demais, em termos da complexidade da sua casuística, medida pelo ICM (sendo considerado, para efeitos de apuramento da remuneração o ICM global do hospital e não o ICM desagregado por atividade), e ainda os preços unitários contratualmente estabelecidos, devidamente atualizados pela taxa de inflação, nos termos do previsto contratualmente.

A atividade de internamento e de ambulatório é classificada em GDH, através do agrupador na versão *All Patient DRG 21* (“AP21”)⁴⁵. 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 GDH⁴⁶. No caso dos episódios de doentes em ambulatório que resultem em GDH faturável em ambulatório, a cada episódio corresponde um doente equivalente, segundo as regras previstas no caso dos hospitais EPE. Não obstante, no caso do Hospital de Cascais, o cálculo do doente equivalente relativo a cirurgia de ambulatório é feito tendo por base o

⁴⁵ A qual difere da versão do agrupador atualmente aplicável aos hospitais do SNS.

⁴⁶ Nos termos da Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 839 -A/2009, de 31 de julho.

quociente entre o peso relativo da intervenção em cirurgia de ambulatório e o peso relativo do episódio de internamento correspondente ao GDH em que a intervenção em cirurgia de ambulatório se integra, sendo estes pesos relativos determinados nos termos da Portaria aplicável para o efeito.

Em face do exposto, verifica-se, portanto, que o valor da remuneração relativa às áreas de internamento e de ambulatório dependerá, não só do valor da demora média dos episódios de internamento (uma vez que a posição relativa desta face ao intervalo de normalidade definido para cada GDH influencia o rácio doente equivalente por episódio), mas também da evolução da complexidade relativa da casuística do hospital (medida pelo ICM global), a qual tem impacto direto no valor da remuneração⁴⁷.

Nos gráficos seguintes, apresenta-se a demora média do internamento, por comparação com o ICM global do Hospital de Cascais (considerando o AP21), bem como a evolução da remuneração das áreas de internamento e de cirurgia de ambulatório, sendo possível inferir, a partir da sua análise, o seguinte:

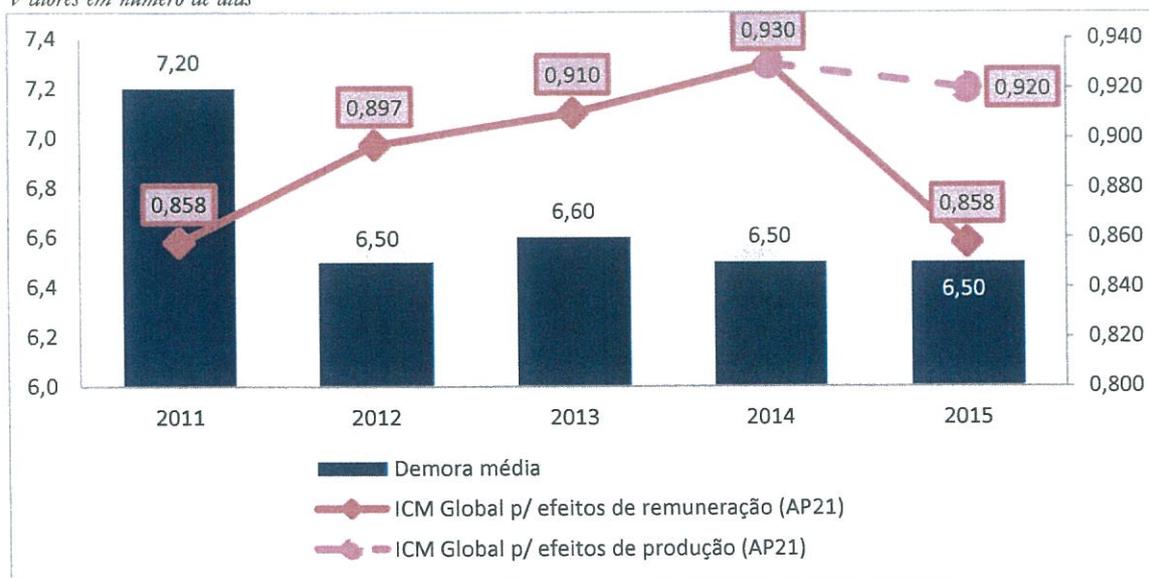
- Em 2012, apesar do aumento do ICM, verificou-se uma redução ligeira da remuneração das áreas de internamento e de ambulatório (*cf.* gráfico 17), em virtude, não só da diminuição do número de episódios (*cf.* quadro 3), mas também da redução do rácio doente equivalente por episódio, decorrente da menor demora média verificada;
- Em 2013 e 2014, o valor da remuneração destas áreas de atividade aumentou, tendo contribuído para esta evolução, fundamentalmente, o crescimento do ICM e o aumento do número de episódios, uma vez que, em termos de demora média, o efeito é relativamente neutral em 2013 (ano em que o rácio doente equivalente por episódio se manteve relativamente inalterado) e até negativo em 2014 (assistindo-se neste ano a uma diminuição do rácio doente equivalente por episódio);
- No ano de 2015, a evolução da remuneração em sentido descendente encontra-se em muito influenciada pelo facto de, neste ano, e para efeitos de cálculo do valor da parcela da remuneração base anual relativa ao internamento e ambulatório, ter sido considerado um ICM (de 0,858) inferior àquele que

⁴⁷ Recorde-se, que a remuneração na área de internamento e de ambulatório é igual a: doente equivalente x ICM global x preço.

resulta da produção efetiva do Hospital de Cascais (de 0,920) (cfr. gráfico seguinte), tendo por base o disposto no n.º 5.2. do Anexo V ao Contrato de Gestão⁴⁸ (cfr. n.º 78 do presente Relatório).

Gráfico 16 – Demora média versus ICM internamento (AP21) período de 2011 a 2015

Valores em número de dias



Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação e relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

⁴⁸ O Contrato de Gestão prevê que, para efeitos de cálculo da remuneração seja considerado o mínimo entre o ICM do hospital no ano em causa e o ICM da população, verificado em cada um dos cinco anos precedentes. Assim, aplicando esta disposição contratual, em 2015 o ICM do hospital foi calculado com base na totalidade de episódios de internamento e cirurgias de ambulatório, correspondentes ao perfil assistencial do Hospital de Cascais, verificados efetivamente para a população da área de influência do Hospital de Cascais, independentemente da unidade hospitalar em que foram prestados.

Gráfico 17 – Evolução da remuneração efetiva da área de internamento e de cirurgia

Valores em milhares de euros



Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

3.2.1.1.3. Comparação do CPC (ajustado pela produção real) com os valores reais

111. Tendo em conta que:

- Uma das premissas fundamentais que estiveram na génese da decisão inicial quanto à opção por um modelo de PPP para a prestação dos serviços clínicos do novo Hospital de Cascais, e que fundamentou, portanto, a celebração do Contrato de Gestão atualmente em vigor, foi o facto de o valor da proposta do concorrente selecionado representar uma poupança face ao CPC, de 13,6%;
- O CPC representava, à data, o valor atualizado líquido dos custos totais que o Estado Português estimava vir a incorrer, para o mesmo período de 10 anos da parceria, caso optasse por um modelo de gestão pública para a operação clínica do novo hospital de Cascais;

hoje, decorridos já mais de 7 anos de execução do Contrato de Gestão, um dos indicadores fundamentais a ter em consideração na avaliação do *Value for Money* da parceria numa lógica *ex-post* – tal como se pretende – terá necessariamente que ser o valor da poupança real do parceiro público, calculada por comparação entre o valor do CPC (realizado aquando do estudo e preparação da PPP), atualizado de acordo com o quadro de produção real do hospital, e o valor dos encargos efetivamente incorridos pelo parceiro privado, nos termos do previsto contratualmente.

Assim, entende-se necessário aferir, sob uma perspetiva do **princípio da economia**, se as expectativas iniciais de poupança do Estado Português relativamente a esta PPP, ajustadas à realidade do hospital⁴⁹, que hoje se conhece, se materializaram efetivamente.

Assim sendo, importa, antes de mais, apresentar os principais pressupostos considerados para efeitos do propósito acima descrito.

112. A presente análise foi efetuada utilizando o “CPC versão BAFO (*Best and Final Offer*)” (“**CPC Inicial**”), com data de janeiro de 2005, preparado pelo Banco BPI, S.A. (BBPI). Note-se que, não obstante tenha existido, à data, uma atualização do CPC, de acordo com os termos da negociação final com o concorrente vencedor, esta versão atualizada do CPC não foi disponibilizada à Equipa de Projeto durante a preparação do presente Relatório. Não obstante, no âmbito dos trabalhos desenvolvidos pela Equipa de Projeto foram realizadas as devidas adaptações ao CPC Inicial, de forma a garantir a sua representatividade.

A metodologia utilizada teve por base a atualização do CPC Inicial (para o período entre 2009, primeiro ano de execução do contrato, e 2015, último ano disponível com informação real), através da incorporação dos valores reais de *i*) inflação, *ii*) produção do Hospital de Cascais e *iii*) outros indicadores operacionais (taxa de ocupação, número de camas, demora média e ICM), bem como em relação ao período de operação clínica, considerando-se o início da mesma no ano de 2009, data em que ocorreu a transferência do Estabelecimento Hospitalar e se iniciou o Período de Transição (“**CPC Atualizado**”).

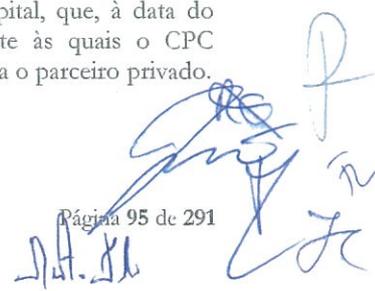
Importa, contudo, notar que a estrutura de custos implícita no CPC Atualizado se mantém inalterada face àquela que foi estimada no CPC Inicial e que esteve na base do cálculo da poupança estimada na altura da adjudicação da proposta, não tendo sido realizados quaisquer ajustamentos a este respeito.

Comparando o valor dos principais pressupostos assumidos no CPC Inicial com o valor real dessas variáveis (*cf.* Anexo 13 ao Presente Relatório), conclui-se o seguinte:

- Os valores reais de atividade considerados no CPC Atualizado relativamente à área do internamento são inferiores àqueles que tinham sido estimados no CPC

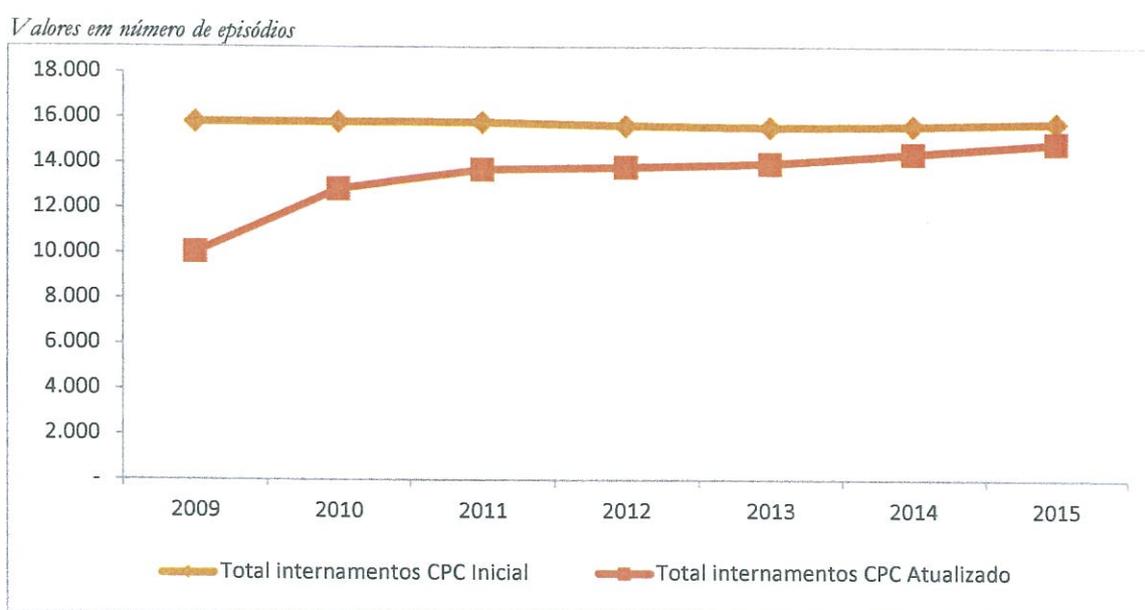
⁴⁹ Designadamente em termos dos principais *drivers* de atividade e produção do hospital, que, à data do lançamento do procedimento constituíam variáveis desconhecidas e relativamente às quais o CPC considerava meras expectativas, e cujo risco foi transferido, pelo menos em parte, para o parceiro privado.

Página 95 de 291



Inicial para todo o período em análise como se verifica no Gráfico 18 *infra*. Importa ainda notar que, designadamente ao nível do número de episódios de internamento a diferença entre os valores reais e os estimados diminui ao longo do período de análise, passando este diferencial (entre o CPC Inicial e o CPC Atualizado) de 36,4% em 2009 para 5,7% em 2015 (correspondendo a uma diferença média no total dos anos da análise de 14,9%).

Gráfico 18 – Diferença entre o número de episódios de internamento no CPC Inicial e no CPC Atualizado



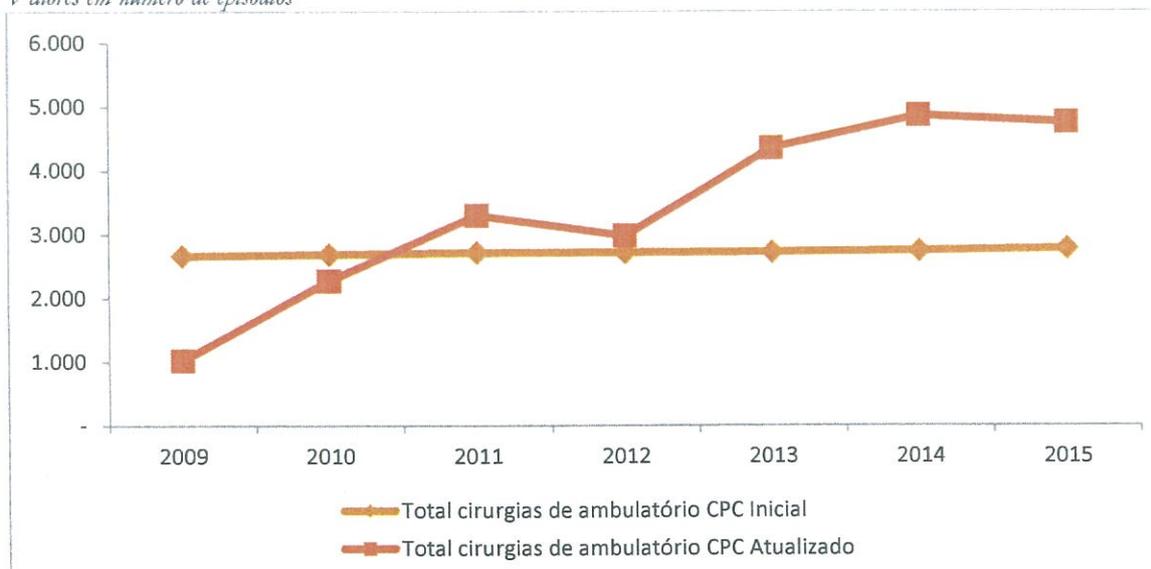
Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

Relativamente ao número de episódios de internamento de recém-nascidos (incorporado dentro do número total de episódios), importa esclarecer que, não tendo o mesmo sido disponibilizado, foi calculado tendo em conta a proporção real de episódios com GDH de recém-nascidos no total de episódios de internamento. Posteriormente, esta proporção (GDH recém nascidos / GDH totais) foi aplicada sobre os episódios totais de internamento.

No que concerne às cirurgias de ambulatório verificou-se, ao contrário do que acontece no caso do internamento, que os valores reais do número de episódios foram superiores, em média, em 48%, aos valores estimados no CPC Inicial, no período compreendido entre 2011 e 2015, tal como se constata da análise do Gráfico 19 seguinte.

Gráfico 19 – Diferença entre o número de episódios de cirurgias de ambulatório no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Valores em número de episódios



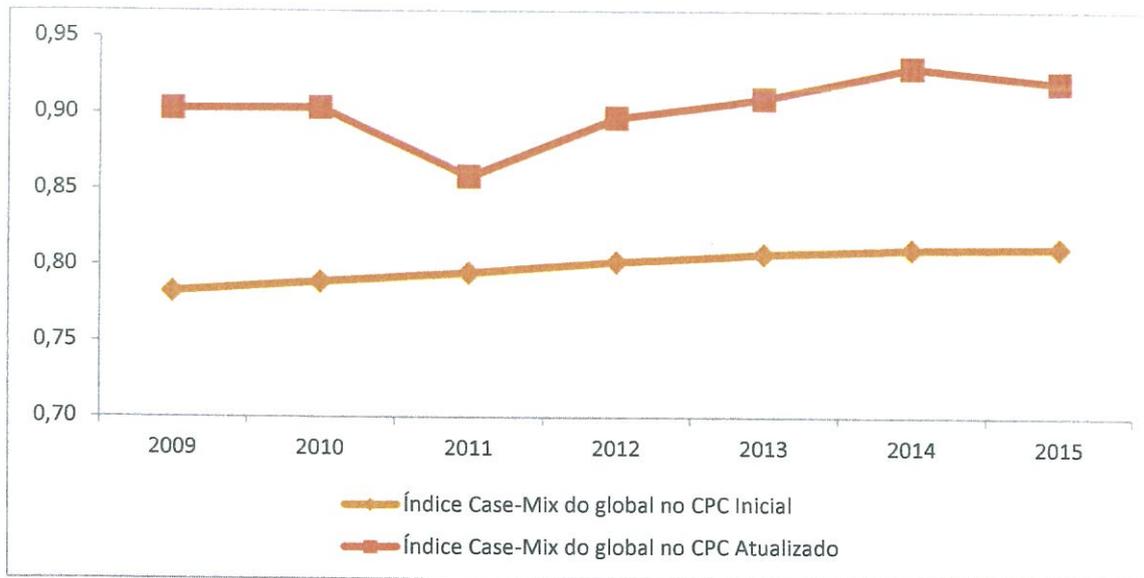
Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

No caso das áreas de internamento e de ambulatório o nível de custos depende, não só do número de episódios, mas também, entre outros, da demora média, da taxa de ocupação e do nível de complexidade dos atos praticados, medidos pelo ICM (que mede a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da complexidade da sua casuística).

No período em análise, o ICM (global, considerando internamento e cirurgia de ambulatório) do Hospital de Cascais encontrou-se acima daquele que foi estimado aquando da elaboração do CPC Inicial, *cf.* gráfico seguinte. Note-se que no CPC Inicial este indicador serve apenas para calcular os custos clínicos de internamento ajustados pela complexidade, já que no CPC não são calculadas as receitas relativas aos serviços clínicos⁵⁰.

⁵⁰ Calculadas, no caso do internamento e do ambulatório, como doentes equivalentes x ICM x preço.

Gráfico 20 – Diferença entre o Índice de Case-Mix global do hospital no CPC Inicial e no CPC Atualizado

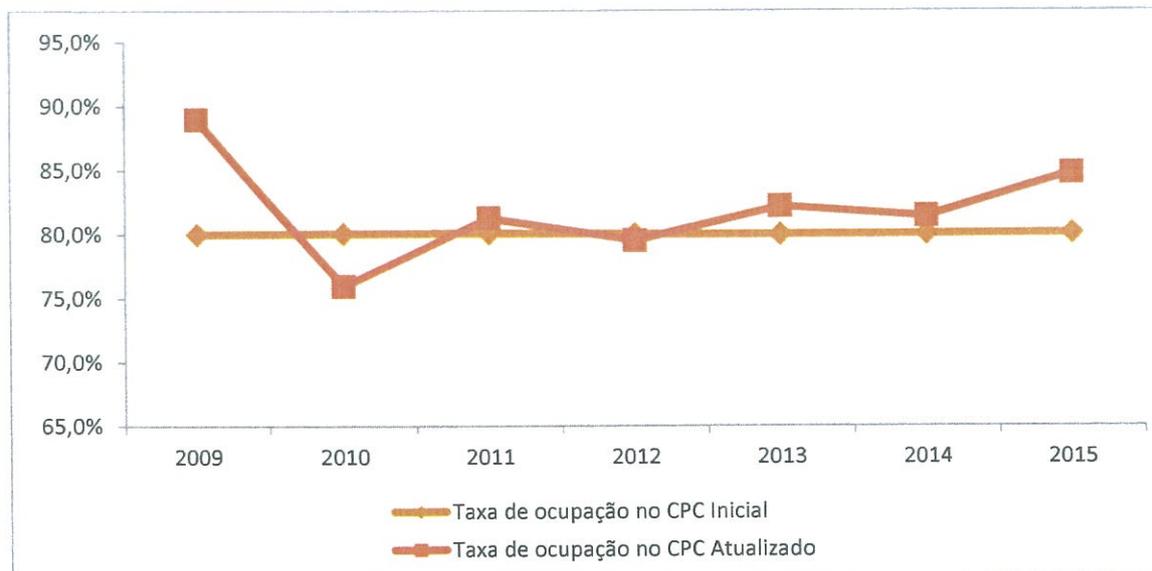


Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

De acordo com a modelização adotada no CPC Inicial, a taxa de ocupação (que se encontra diretamente relacionada com a lotação, isto é, o número de camas utilizadas) é utilizada como métrica relevante para o cálculo da generalidade das rúbricas de custos, tendo por base os custos unitários estimados na altura.

Ao contrário do ICM, a taxa de ocupação real teve um comportamento variável, no período em análise, em relação aos pressupostos assumidos no CPC Inicial, como se observa no gráfico *infra*, encontrando-se, contudo, sempre acima dos valores previstos a partir do ano de 2012.

Gráfico 21 – Diferença entre a taxa de ocupação do hospital no CPC Inicial e no CPC Atualizado



Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

Relativamente aos pressupostos macroeconómicos, o CPC Atualizado incorpora os valores reais da inflação⁵¹, bem como o crescimento real dos salários da função pública (com base em dados do INE). Nos quadros *infra*, apresentam-se pressupostos atualizados em relação aos pressupostos assumidos no CPC Inicial.

Quadro 8 – Pressupostos de inflação

Pressupostos Inflação	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Inflação CPC Atualizado	2,0%	2,7%	2,1%	4,5%	3,5%	3,9%	2,2%	2,0%	2,7%	2,5%
Inflação CPC Inicial	2,8%	2,3%	2,9%	4,4%	3,6%	3,3%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%

Pressupostos Inflação (cont.)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Inflação CPC Atualizado	2,8%	0,1%	0,1%	3,7%	3,7%	0,1%	0,0%	-0,5%	1,0%	2,0%
Inflação CPC Inicial	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%

Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

⁵¹ Fonte: INE, variação anual homóloga do mês de janeiro, para Portugal e sem habitação.

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

Quadro 9 – Pressupostos relativos ao crescimento real dos salários da função pública

Crescimento real salários da função pública	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pressupostos CPC Atualizado	3,4%	3,9%	-2,2%	1,2%	1,3%	6,0%	1,0%
Pressupostos CPC Inicial	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%

Crescimento real salários da função pública	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pressupostos CPC Atualizado	-11,3%	-12,7%	10,4%	-3,4%	0,6%	2,5%	2,5%
Pressupostos CPC Inicial	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%

Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

Análise comparativa dos resultados do CPC Inicial e do CPC Atualizado

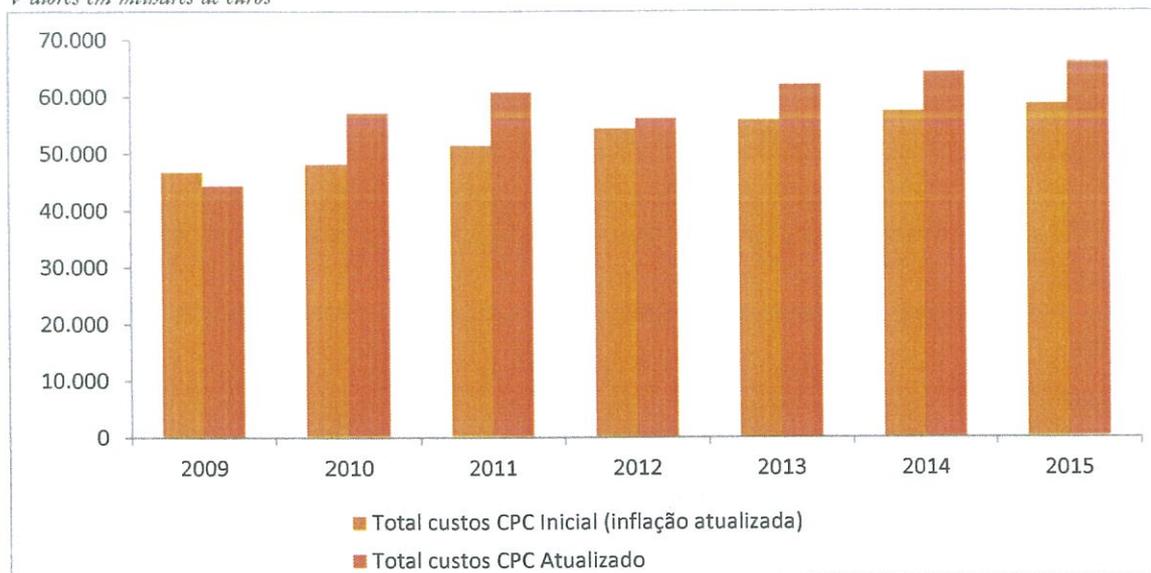
113. De forma a poder-se concluir sobre a hipotética real poupança do Estado Português, quando comparados os valores do CPC Inicial, ajustados pela estrutura de produção real do hospital, com os valores de encargos efetivamente pagos pelo parceiro público, a Equipa de Projeto atualizou, nos termos referidos supra, o modelo financeiro subjacente ao CPC Inicial, tornando-o assim comparável com a realidade historicamente verificada no hospital em termos de atividade (o que corresponde ao CPC Atualizado). Ao nível dos custos operacionais, o CPC Atualizado mantém a estrutura estimada no CPC Inicial, em termos de valores unitários de custos e de métricas utilizadas para cálculo do valor dos custos totais com base nesses custos unitários, de forma a não ser desvirtuado o valor de encargos que se estima (com base no CPC Atualizado) que o Estado Português teria, quando aplicada a sua melhor estimativa em termos de custos (segundo uma lógica de gestão pública) aos valores de produção efetivamente verificados no Hospital.

Uma vez assegurada a comparabilidade entre os dois modelos financeiros, o CPC Inicial e o CPC Atualizado, apresenta-se, agora, as principais diferenças encontradas entre o CPC Inicial e o CPC Atualizado. De forma a isolar da comparação o efeito do crescimento dos preços, compara-se o CPC Inicial com valores reais de inflação, com o CPC Atualizado (que, tal como referido corresponde ao CPC Inicial ajustado, quer pela taxa de inflação e crescimento real dos salários da função pública, quer pelos pressupostos operacionais reais).

No gráfico *infra*, apresenta-se a diferença da evolução dos custos operacionais da atividade clínica entre o CPC Inicial, com a inflação atualizada (de forma a isolar o efeito de crescimento dos preços), e o CPC Atualizado.

Gráfico 22 – Evolução dos custos operacionais no CPC Inicial e no CPC Atualizado

Valores em milhares de euros



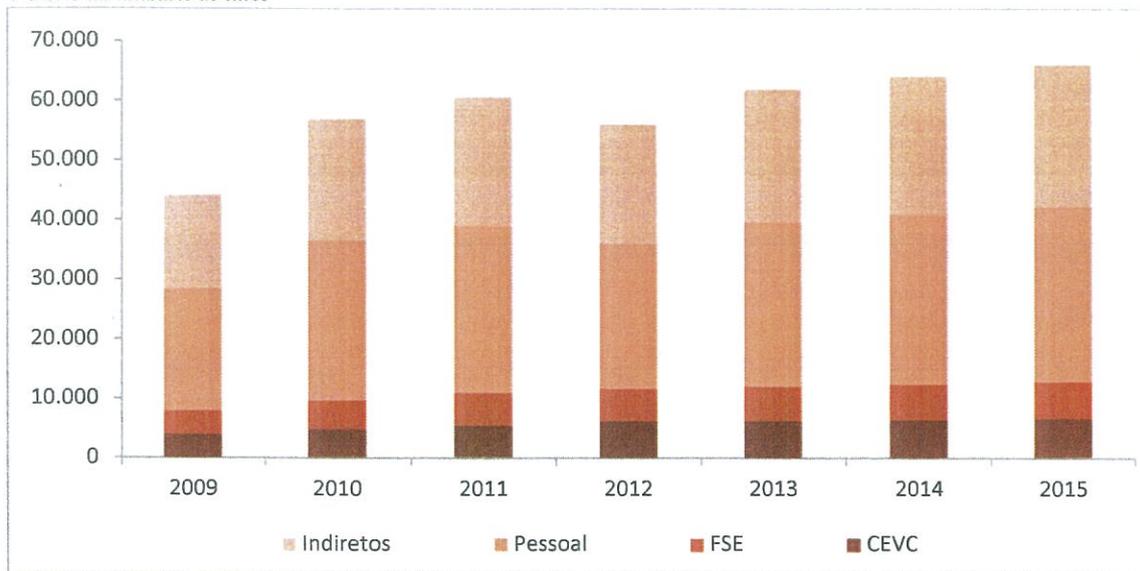
Fonte: CPC Inicial e CPC Atualizado.

De acordo com o gráfico anterior pode concluir-se que, mantendo a estrutura de custos que se previa que existisse caso o Hospital de Cascais fosse operado publicamente, os custos operacionais, quando considerada a realidade operacional da atividade clínica do Hospital de Cascais, seriam superiores àqueles que eram estimados no CPC Inicial, o que naturalmente se compreende, tendo em consideração, não só a evolução da produção (que, no período de 2011-2015, foi sempre superior ao estimado, em todas as áreas de atividade, com exceção do internamento que foi sempre inferior), mas também o facto de os valores reais do ICM global terem sido sempre superiores aos estimados, denotando assim um nível de complexidade real superior ao previsto e, naturalmente, uma estrutura de custos mais pesada.

No gráfico seguinte, apresenta-se a estrutura de custos operacionais por tipologia de custo, para o CPC Atualizado, onde é possível concluir que os custos com pessoal representam a rúbrica com maior peso no total de custos operacionais, o que naturalmente se compreende tendo em consideração a natureza desta atividade, que implica a utilização intensiva de mão-de-obra.

Gráfico 23 – Evolução dos custos operacionais com base no CPC Atualizado por tipologia de custo

Valores em milhares de euros



Fonte: CPC Atualizado.

Análise dos resultados obtidos através da comparação entre o CPC Atualizado e os encargos efetivamente suportados pelo Estado Português com a PPP de Cascais, tendo por base os termos contratuais

114. A presente análise tem como principal objetivo comparar os custos operacionais da atividade clínica com base no CPC Atualizado com o valor dos encargos que a PPP efetivamente representou para o erário público, no período 2011 – 2015, de forma a aferir *(i)* em que medida a opção PPP se traduziu ou não numa poupança para o Estado, face ao custo que se estima que este teria caso este hospital fosse operado publicamente e tendo por base a estrutura de custos estimada no âmbito do processo de estudo e preparação do procedimento, constante do CPC Inicial (“Análise A”), e *(ii)* caso efetivamente se tenha verificado uma poupança, em que medida o valor dessa poupança é menor ou maior àquela que resultava da comparação entre o CPC Inicial e o valor final da proposta adjudicada (“Análise B”).

115. Para efeitos da **Análise A**, referida *supra*, apresentam-se, no quadro seguinte, os custos operacionais da atividade clínica, por tipologia de custos, com base no CPC Atualizado, líquidos das receitas reais de terceiros pagadores e de taxas moderadoras⁵² do hospital de Cascais.

Quadro 10 – Custos operacionais clínicos do CPC Atualizado cobertos pelo SNS

Valores em milhares de euros

Custos Operacionais Clínicos	2011	2012	2013	2014	2015
CEVC	5.522	6.256	6.310	6.473	6.742
FSE	5.479	5.523	5.871	6.052	6.163
Pessoal	27.966	24.266	27.586	28.539	29.446
Indiretos	21.766	20.144	22.374	23.229	23.871
Total (A)	60.732	56.189	62.142	64.294	66.221
Terceiros pagadores, taxas moderadoras e outros					
Parcela a cargo de Terceiros Pagadores	(1.031)	(805)	(718)	(711)	(1.347)
Taxas moderadoras	(776)	(1.369)	(1.636)	(1.892)	(1.984)
Total (B)	(1.808)	(2.175)	(2.353)	(2.603)	(3.332)
Custos cobertos pelo SNS (A+B)	58.924	54.014	59.789	61.692	62.889

Fonte: CPC Atualizado.

Por uma questão de garantir a comparabilidade face àquilo que tinha sido considerado aquando da elaboração do CPC Inicial, os encargos do parceiro público com o Contrato de Gestão, apresentados no seguinte quadro, não incluem encargos relativos a *(i)* protocolo VIH/SIDA, *(ii)* RNCCI, *(iii)* medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e *(iv)* outros encargos que não estão diretamente relacionados com o Contrato de Gestão em vigor. Estes encargos não estão incluídos já que os respetivos custos não foram estimados no CPC Inicial.

⁵² Uma vez que os custos operacionais que decorrem do CPC Atualizado se referem à totalidade da produção do Hospital de Cascais, para efeitos de comparação dos mesmos com o valor dos encargos suportados com a parceria (relativos à “parcela a cargo do SNS”, nos termos do Contrato de Gestão), entendeu-se necessário deduzir a esses custos o valor real dos terceiros pagadores, bem como o valor das taxas moderadoras, considerando-se neste caso o valor efetivamente recebido pelo parceiro privado e não o valor faturado, uma vez que o risco de cobrança se encontra na esfera do parceiro público.

Quadro 11 – Encargos (contratuais) suportados pelo parceiro público com a PPP para o período 2011 – 2015*Valores em milhares de euros*

Encargos incorridos pelo SNS	2011	2012	2013	2014	2015
Contrato de Gestão (Duodécimo)	39.533	38.543	45.991	46.894	47.713
Multas e deduções	(581)	-	(202)	(211)	-
Contrato de Gestão - Reconciliação (ajust.)	7.662	9.045	8.032	8.748	5.771
Total	46.614	47.588	53.821	55.431	53.484

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Do exposto, conclui-se, conforme quadro seguinte, que os encargos suportados pelo parceiro público, no período de 2011 a 2015, se afiguram inferiores aos custos que o Estado Português suportaria com a atividade de gestão clínica, caso essa tivesse sido operada em gestão pública, nos termos da estrutura de custos prevista no CPC Inicial, quando devidamente ajustada pelos valores reais da atividade operacional nesse período (*cfr.* CPC Atualizado).

Quadro 12 – Encargos suportados pelo parceiro público com a PPP versus custos clínicos do CPC Atualizado para o período 2011 – 2015*Valores em milhares de euros*

Encargos do SNS e custos do CPC Atualizado	2011	2012	2013	2014	2015	Acum.
Encargos SNS	46.614	47.588	53.821	55.431	53.484	256.937
Custos CPC atualizado	58.924	54.014	59.789	61.692	62.889	297.308
Diferença absoluta	(12.311)	(6.426)	(5.968)	(6.261)	(9.406)	(40.371)
% de encargos do SNS no total de custos do CPC	20,9%	11,9%	10,0%	10,1%	15,0%	13,6%

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e CPC Atualizado.

116. Por outro lado, e no que se refere à **Análise B**, é possível concluir que a PPP atualmente em vigor no Hospital de Cascais permitiu uma poupança acumulada, no período 2011 – 2015, de aproximadamente 40,4 M€, face aos custos clínicos de gestão pública, estimados de acordo com o CPC Atualizado, representando este valor uma poupança total, para o período em análise, de **13,6%** face aos custos totais que se estima que o Hospital de Cascais tivesse num modelo de gestão pública. Conclui-se, portanto, que

esta poupança é, em termos percentuais, similar àquela que decorria da comparação entre o CPC Inicial⁵³ e o valor da proposta final do concorrente vencedor (de 13,6%).

117. Em face do exposto, conclui-se que as expectativas que estiveram subjacentes ao lançamento do procedimento e que justificaram, à data – pelo menos em termos quantitativos –, a opção pelo modelo de PPP, enquanto geradora de maior *Value for Money* para o erário público, se materializaram efetivamente ao longo do período de execução do contrato em análise, tendo a PPP em questão gerado uma poupança (em termos percentuais) para o Estado em linha com aquela que, na altura, se perspectivava que viesse a ocorrer.

3.2.1.1.4. Comparação entre o previsto no caso base e o real

118. A presente análise foi efetuada tendo por referência o “Caso Base versão final⁵⁴” (“**CB Inicial**”) do Hospital de Cascais (*cf.* Anexo XI ao Contrato de Gestão⁵⁵), com data 8 de outubro de 2008.

Esta análise tem como objetivo (i) comparar a remuneração que se estima que o parceiro privado teria, considerando o CB Inicial atualizado com a informação real, com a remuneração que o parceiro privado efetivamente tem auferido (considerando as rúbricas previstas no CB Inicial, devidamente ajustadas pelos valores reais de produção) e (ii) comparar os resultados operacionais do CB Inicial com os resultados operacionais de um caso base atualizado, de forma a aferir em que medida, *por um lado*, é que os custos atualmente incorridos pelo parceiro privado na gestão da PPP representam um custo superior ou inferior àqueles que foram estimados no CB Inicial e, *por outro lado*, terá ocorrido uma efetiva materialização da transferência do risco (operacional/variação de custos/alteração da eficiência operacional) entre o parceiro público e o parceiro privado.

A metodologia utilizada teve por base a atualização do CB Inicial (para o período entre 2009, primeiro ano de operação do hospital de Cascais, e 2015, último ano disponível

⁵³ Revisto nos termos da negociação final.

⁵⁴ Ficheiro '12_HCascais_anexo XII_Out_08_vf.xls'.

⁵⁵ Documento Alteração ao Contrato de Gestão.

com informação real) por meio da incorporação de valores reais de (i) inflação, (ii) produção do Hospital de Cascais e (iii) outros indicadores operacionais, nomeadamente, o ICM e os dias de internamento, bem como através da atualização da data de transferência do estabelecimento hospitalar para o novo edifício e da data do fim da operação, e consequentemente vigência do contrato, que foram alteradas para 21 de março e 31 de dezembro de 2018, respetivamente, de forma a refletir a realidade (“CB Atualizado”).

Análise dos pressupostos CB Inicial e dos valores reais do CB Atualizado

119. Nos quadros *infra* apresentam-se os pressupostos gerais do CB Inicial, que sofreram alterações, e os respetivos valores reais utilizados na atualização do caso base.

Quadro 13 – Pressupostos gerais no CB Inicial

Unidade de produção aplicável

Caso base inicial	2009	mar-10	dez-10	2011	2012	2013	2014	2015
Cirurgias de Ambulatório	1.673	1.673	2.276	2.380	2.467	2.569	2.669	2.716
Índice de Complexidade global	0,90	0,90	0,78	0,78	0,78	0,79	0,80	0,80
Doentes Equivalentes (com cirurgia do ambulatório)	11.579	11.579	13.198	13.651	14.000	14.447	14.992	15.261
Factor de conversão	103,4%	103,4%	84,0%	83,8%	83,7%	83,6%	83,6%	83,6%
Cirurgias Programadas e Urgentes	2.945	2.945	3.084	3.204	3.327	3.466	3.565	3.624
Nº Dias Internamento Prolongado	-	-	9.619	9.659	9.646	9.658	9.696	9.761
% a cargo do Hospital	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
% a cargo da RNCCI	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Consultas	75.844	75.844	96.973	100.344	103.108	106.518	110.543	112.464
Nº de Primeiras Consultas	25.982	25.982	32.324	33.448	34.369	35.506	36.848	37.488
Nº de Consultas Subsequentes	49.862	49.862	64.649	66.896	68.738	71.012	73.696	74.976
Urgências	120.000	120.000	110.242	110.179	109.479	109.256	109.544	110.313
Hospital de Dia Médico	5.574	5.574	8.035	8.112	8.132	8.180	8.210	8.272

Fonte: CB Inicial.

Quadro 14 – Informação real atualizada no CB Atualizado

Unidade de produção aplicável

Caso base atualizado	2009	mar-10	dez-10	2011	2012	2013	2014	2015
Cirurgias de Ambulatório	1.020	2.262	2.262	3.285	2.976	4.354	4.857	4.735
Índice de Complexidade global	0,94	0,78	0,78	0,86	0,90	0,91	0,93	0,86
Doentes Equivalentes (com cirurgia do ambulatório)	11.666	14.125	14.125	16.207	15.834	17.308	18.103	18.313
Factor de conversão	105,2%	93,5%	93,5%	95,4%	94,2%	94,3%	93,9%	93,4%
Cirurgias Programadas e Urgentes	2.600	3.467	3.467	4.067	3.983	4.169	4.154	4.127
Nº Dias Internamento Prolongado	15.425	18.360	18.360	10.725	7.575	5.525	6.965	7.785
% a cargo do Hospital	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%
% a cargo da RNCCI	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Consultas	70.875	98.400	98.400	119.517	114.096	127.641	131.490	132.185
Nº de Primeiras Consultas	24.221	38.742	38.742	42.591	41.015	44.522	48.266	47.248
Nº de Consultas Subsequentes	46.654	59.658	59.658	76.926	73.081	83.119	83.224	84.937
Urgências	104.665	130.556	130.556	144.644	135.580	141.577	144.913	147.395
Hospital de Dia Médico	4.453	4.624	4.624	4.942	6.584	5.758	5.425	5.995

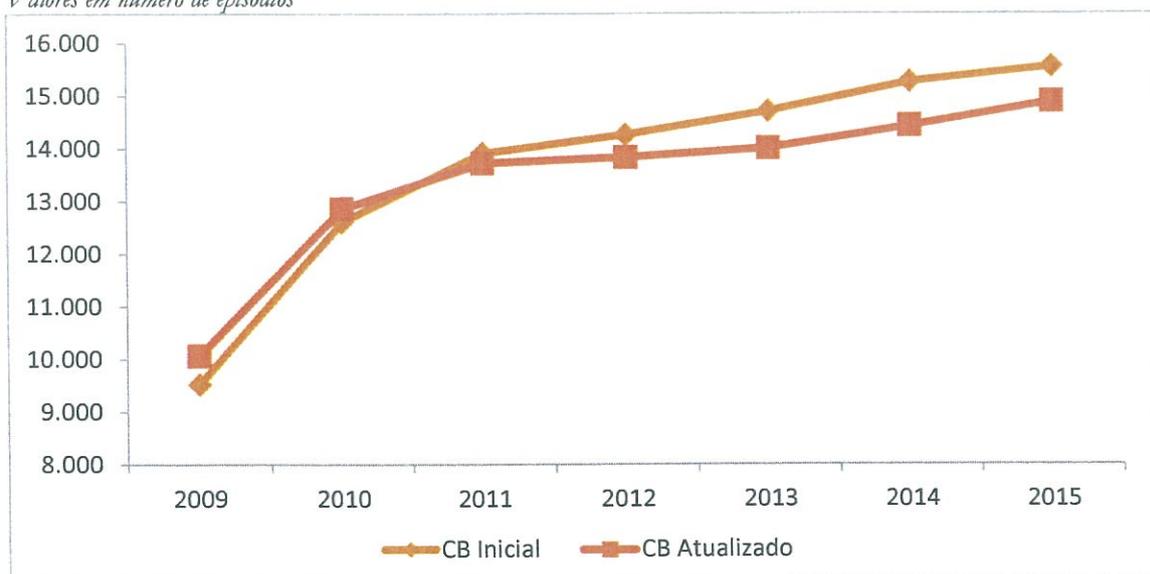
Fonte: CB Atualizado.

O número real de episódios de internamento foi inferior ao estimado no CB Inicial para o período compreendido entre 2011 e 2015, como se verifica no gráfico *infra*,

representando, em média e para o período 2009 - 2015, uma redução de 1,61% face aos valores do CB Inicial.

Gráfico 24 – Diferença entre o número de episódios de internamentos no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em número de episódios

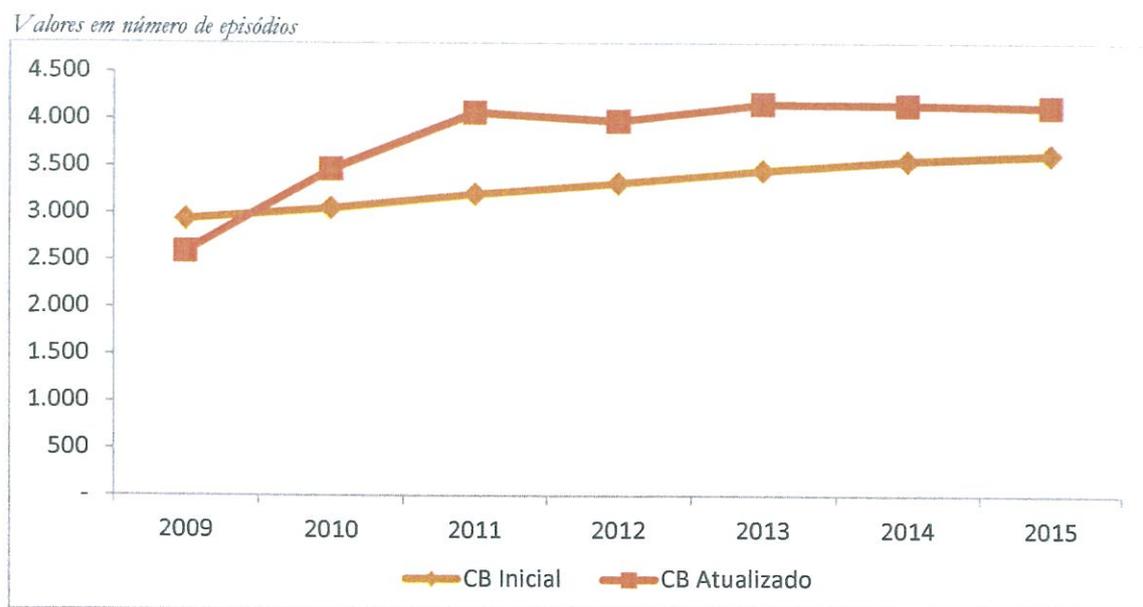


Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Relativamente aos pressupostos do CB Inicial, o número real de cirurgias programadas e urgentes foi superior, em média em 14,2%, no período em análise.

[Handwritten signatures and initials]

Gráfico 25 – Diferença entre o número de episódios de cirurgias programadas e urgentes no CB Inicial e no CB Atualizado

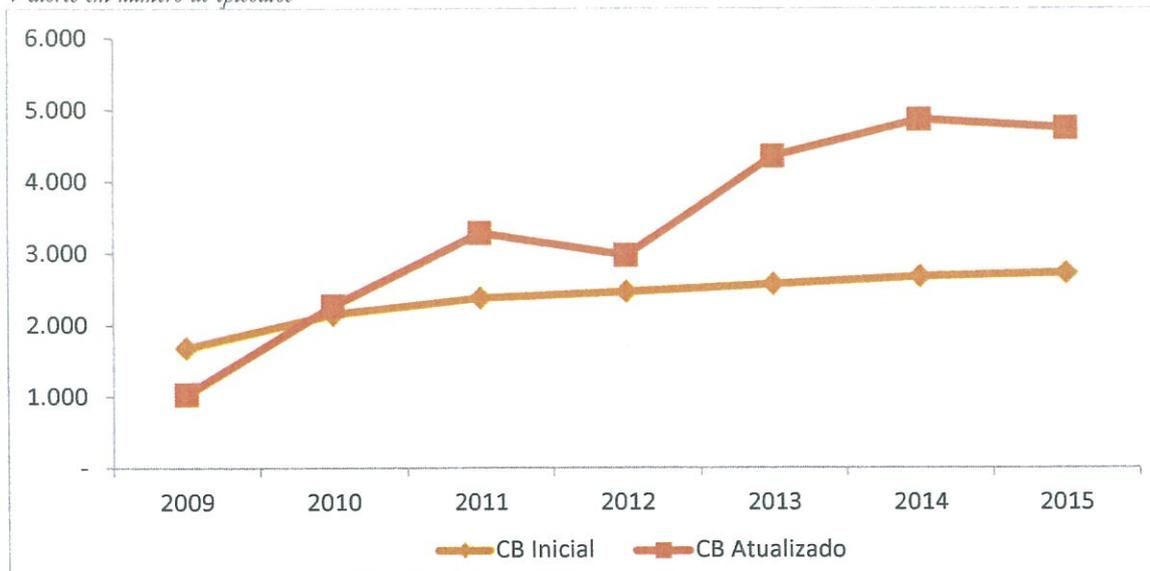


Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

No que concerne às cirurgias de ambulatório verificou-se que os valores do número de episódios foram superiores, em média em 35,9% para o período em análise, àqueles que tinham sido estimados no CB Inicial.

Gráfico 26 – Diferença entre o número de episódios de cirurgias de ambulatório no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em número de episódios



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

No caso do número de consultas, é possível verificar que tal como nos outros serviços, com exceção do internamento, o número real de consultas encontra-se acima do valor estimado no CB Inicial, em média em 12,3%, para o período compreendido entre 2009 e 2015.

Gráfico 27 – Diferença entre o número de consultas no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em número de consultas

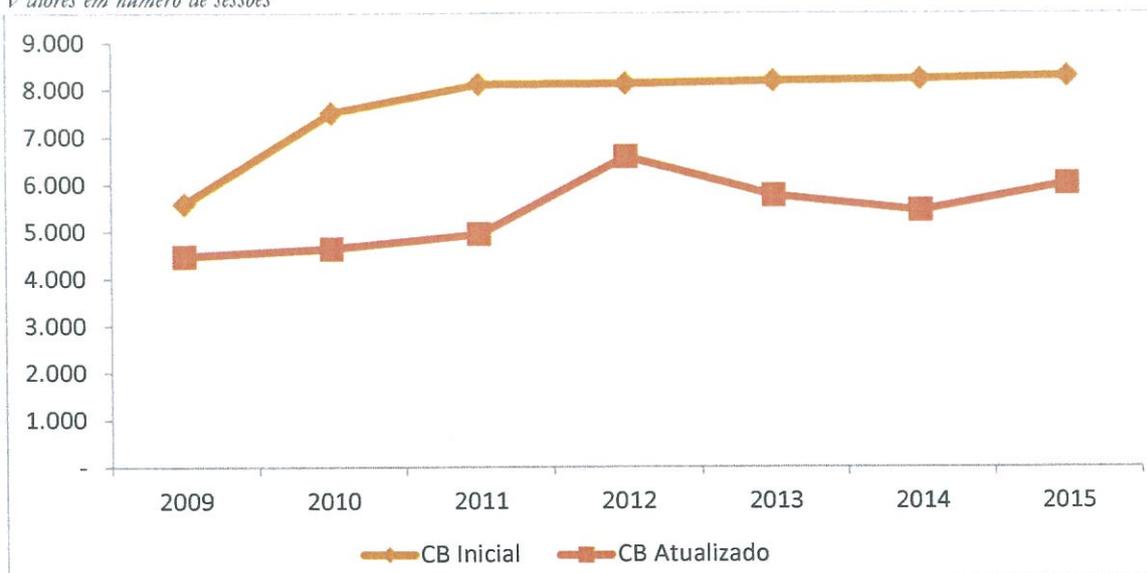


Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

No caso das no número de sessões de hospital de dia, os valores reais verificados durante o período da presente análise são inferiores aos valores que se tinham estimado no CB Inicial, em média em 29,7%.

Gráfico 28 – Diferença entre o número de sessões de hospital de dia no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em número de sessões

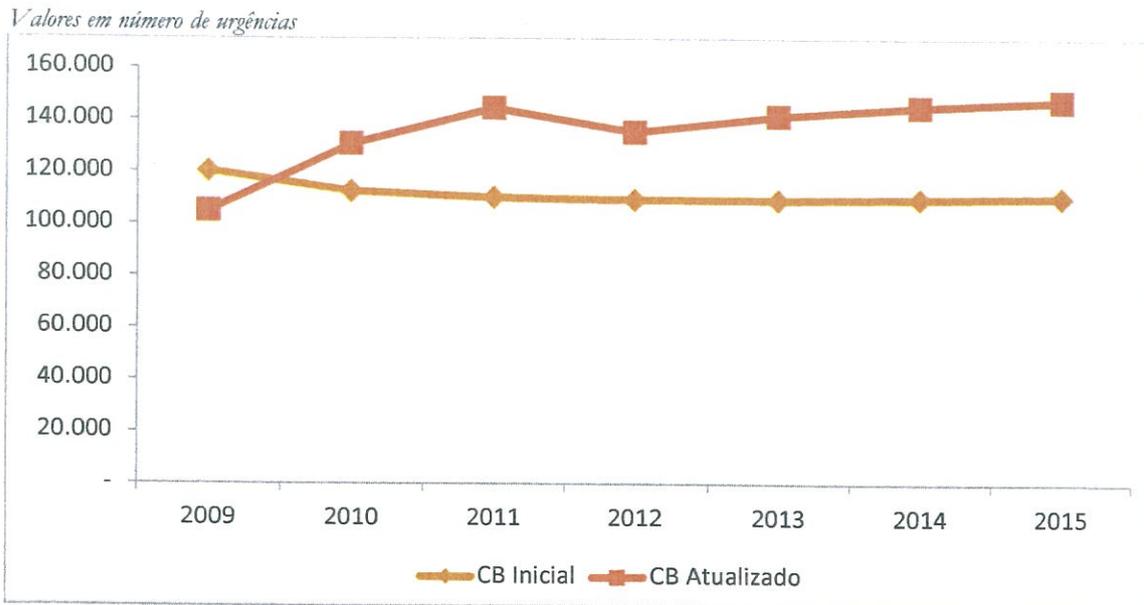


Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Relativamente ao número de urgências, os valores reais verificados foram superiores, em média em 22% aos valores estimados no CB Inicial.

[Assinaturas manuscritas]

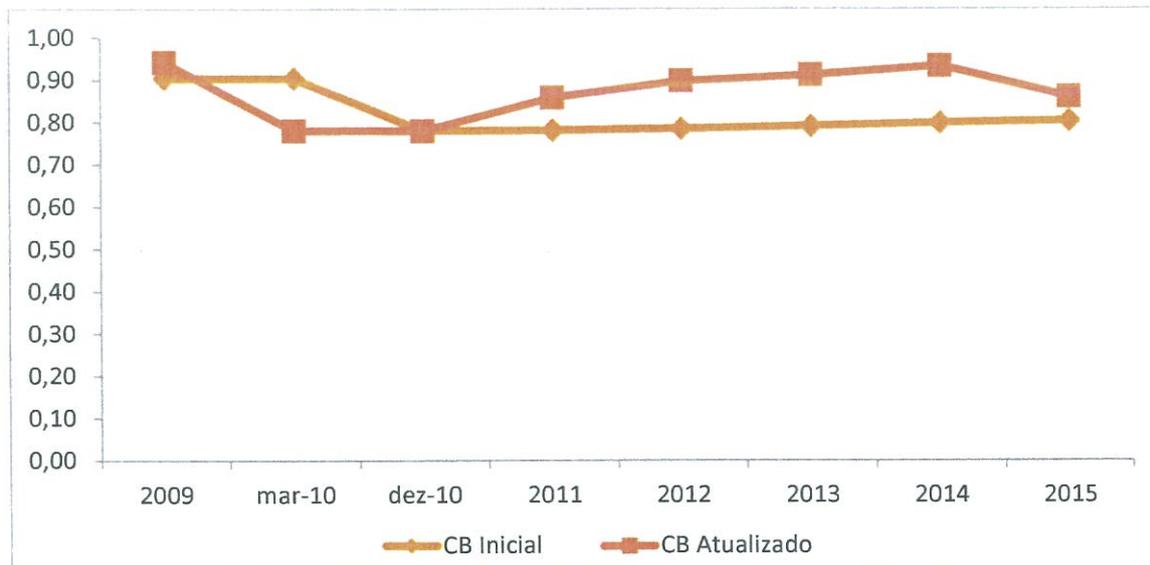
Gráfico 29 – Diferença entre o número de urgências no CB Inicial e no CB Atualizado



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

Para o período em análise, o ICM global real do Hospital de Cascais encontra-se acima do que foi estimado no CB Inicial, com exceção para o período compreendido entre 1 de janeiro e 21 de março de 2010. Este indicador está diretamente relacionado com a remuneração devida à EGEST pelo serviço de internamento, sendo portanto importante referir que o facto de os valores do ICM Global reais serem superiores aos estimados no CB Inicial, resulta num aumento significativo de receita para o parceiro privado apesar de os valores reais de episódios de internamento serem inferiores aos estimados no CB Inicial.

Gráfico 30 – Diferença entre o ICM do Hospital de Cascais no CB Inicial e no CB Atualizado

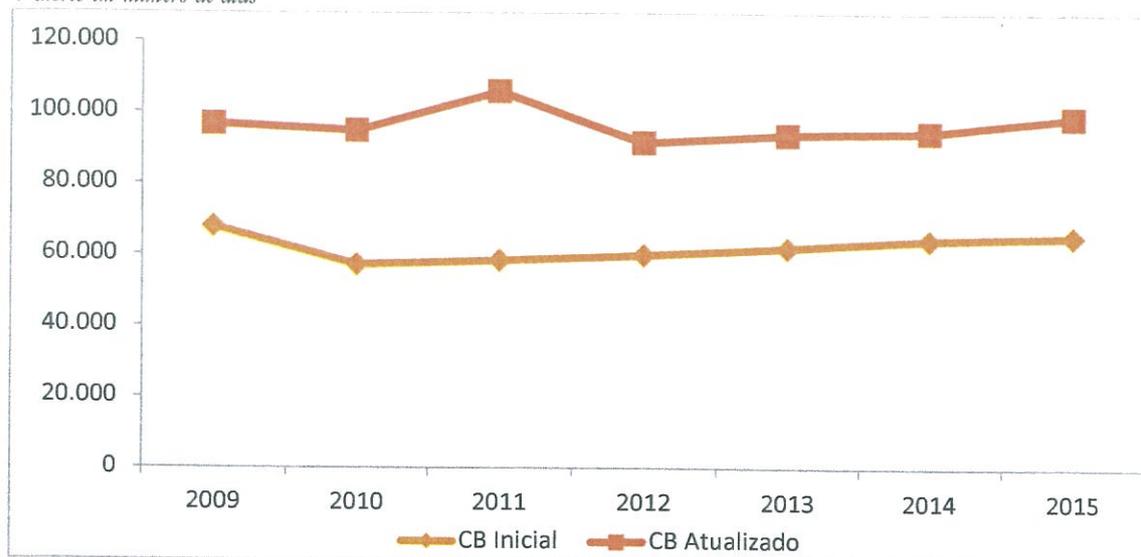


Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

No modelo financeiro que suporta o caso base, o pressuposto de dias de internamento afeta a generalidade dos custos, tal como os produtos farmacêuticos e o material de consumo clínico, já que estão diretamente relacionados com este indicador (euro/dia de internamento). Durante o período em análise, os dias de internamento reais foram superiores, em média em 56%, aos estimados no CB Inicial, tal como se verifica no gráfico *infra*.

Gráfico 31 – Diferença entre o número de dias de internamento no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em número de dias



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

120. Relativamente aos pressupostos macroeconómicos, o modelo financeiro foi atualizado com a inflação real⁵⁶. No quadro *infra*, apresentam-se os valores atualizados em relação aos pressupostos assumidos no CB Inicial.

Quadro 15 – Pressupostos de inflação

Pressupostos inflação	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Inflação atualizada	2,7%	2,5%	2,8%	0,1%	0,1%	3,7%
Inflação CB Inicial	2,0%	2,0%	2,5%	2,0%	2,0%	2,0%
Pressupostos inflação (cont.)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Inflação atualizada	3,7%	0,1%	0,0%	-0,5%	1,0%	2,0%
Inflação CB Inicial	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%

Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

⁵⁶ Fonte: INE, variação anual homóloga do mês de janeiro, para Portugal e sem habitação.

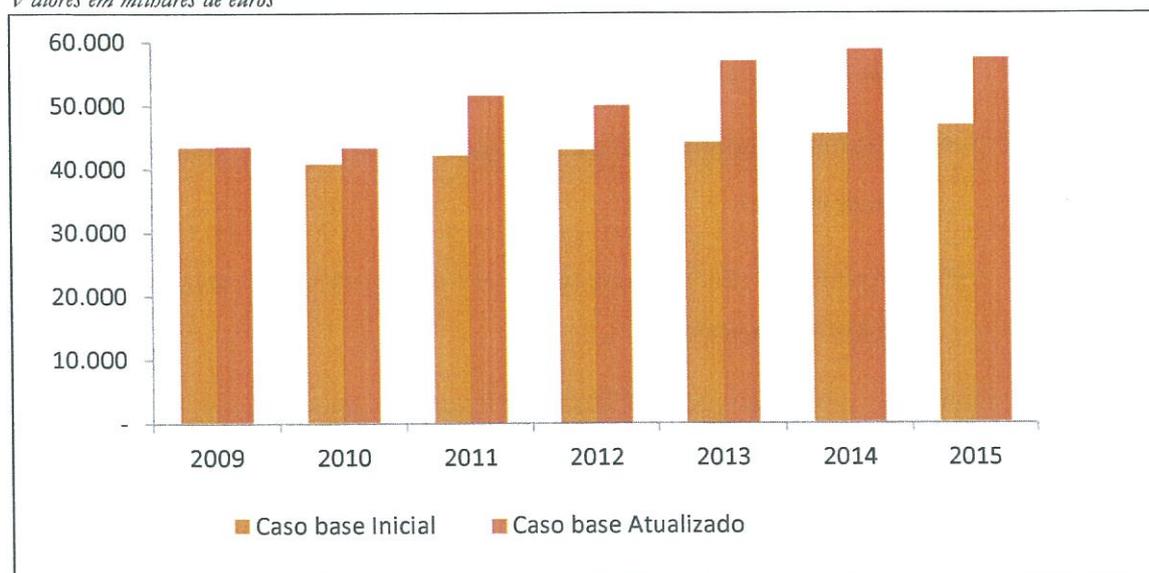
Análise comparativa dos resultados do CB Inicial e do CB Atualizado

121. De forma a analisar as diferenças entre o CB Inicial e o CB Atualizado, a Equipa de Projeto atualizou o modelo subjacente ao CB Inicial com a inflação real, tornando desta forma os modelos financeiros comparáveis e com uma base semelhante.

No gráfico *infra*, apresenta-se a evolução da receita (remuneração do Hospital de Cascais por conta do SNS) para o CB Inicial, com a inflação atualizada, e para o CB Atualizado.

Gráfico 32 – Receita do hospital de Cascais no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de euros



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

A evolução das receitas⁵⁷ do CB Atualizado, em relação ao CB Inicial, é explicada principalmente pela maior produção hospitalar nos serviços de cirurgias, consultas, urgências e hospital de dia, e pelo valor real do ICM, que é superior para o período 2011 – 2015, e que tem um impacto direto sobre a remuneração referente aos episódios de internamento. A remuneração real do Hospital de Cascais⁵⁸ é, em média, 18% superior à

⁵⁷ Considerando a parcela a cargo do SNS, terceiros pagadores, taxas moderadoras e receitas comerciais de terceiros.

⁵⁸ As receitas apresentadas não incluem rubricas que não estão presentes no modelo financeiro subjacente ao caso base, nomeadamente receitas e custos relacionadas com (i) protocolo VIH/SIDA, (ii) RNCCI, (iii)

estimada no CB Inicial, sendo esta diferença superior nos últimos três anos do período de análise (26,9% para o período 2013 – 2015). Em termos acumulados, para o período em análise, a diferença entre o CB Atualizado e o CB Inicial, deve-se em 65% à área de internamento e ambulatório e em 25% à área de consultas externas.

É importante referir que a remuneração, no CB Atualizado, foi calculada tendo em conta os limites *reais* impostos pelo Contrato de Gestão:

- Internamento: remuneração do escalão 1 sobre 90% da produção real prevista, remuneração do escalão 2 sobre os restantes 10% da produção prevista e remuneração do escalão 2 sobre o mínimo entre **(i)** 10% adicionais à produção prevista e **(ii)** montante de produção real efetiva acima dos 100% da produção prevista.
- Urgência: remuneração do escalão 1 sobre 95% da produção real efetiva e remuneração do escalão 2 sobre os restantes 5% da produção real efetiva;
- Consulta: remuneração por consulta até um máximo, em valor, definido anualmente; e
- Hospital de dia: remuneração por sessão até um máximo, em valor, definido anualmente.

A remuneração recebida pela EGEST referente a casos e atos específicos foi introduzida no CB Atualizado⁵⁹ tendo em conta os valores reais, por ano, dos encargos do SNS com esta rubrica.

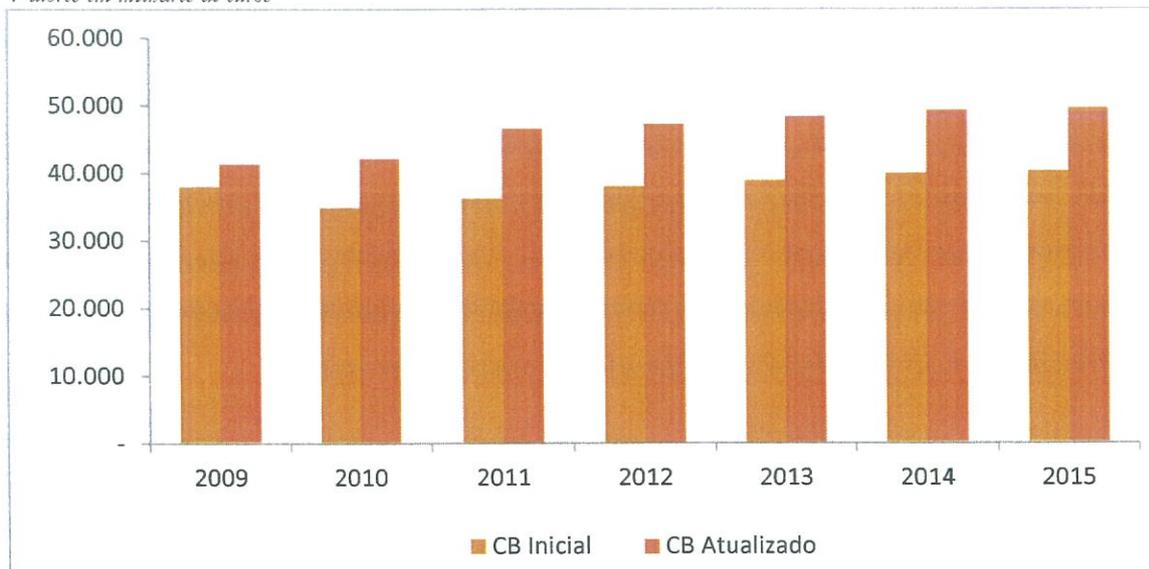
Os custos estão em linha com a evolução da receita já que o acréscimo de produção, entre os valores reais e os pressupostos do CB Inicial, tem impacto direto sobre os mesmos. É importante referir que os dias de internamento, cuja diferença entre o CB Atualizado e o CB Inicial é, em média, 56%, têm um impacto significativo nos custos. No período em análise os custos reais estão, em média, 22% acima dos valores estimados no CB Inicial.

medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e *iv)* outras receitas e custos que não estão diretamente relacionados com o Contrato de Gestão em vigor.

⁵⁹ Não sendo considerado no CB Inicial qualquer montante de receita a este respeito.

Gráfico 33 – Custos do hospital de Cascais no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de euros

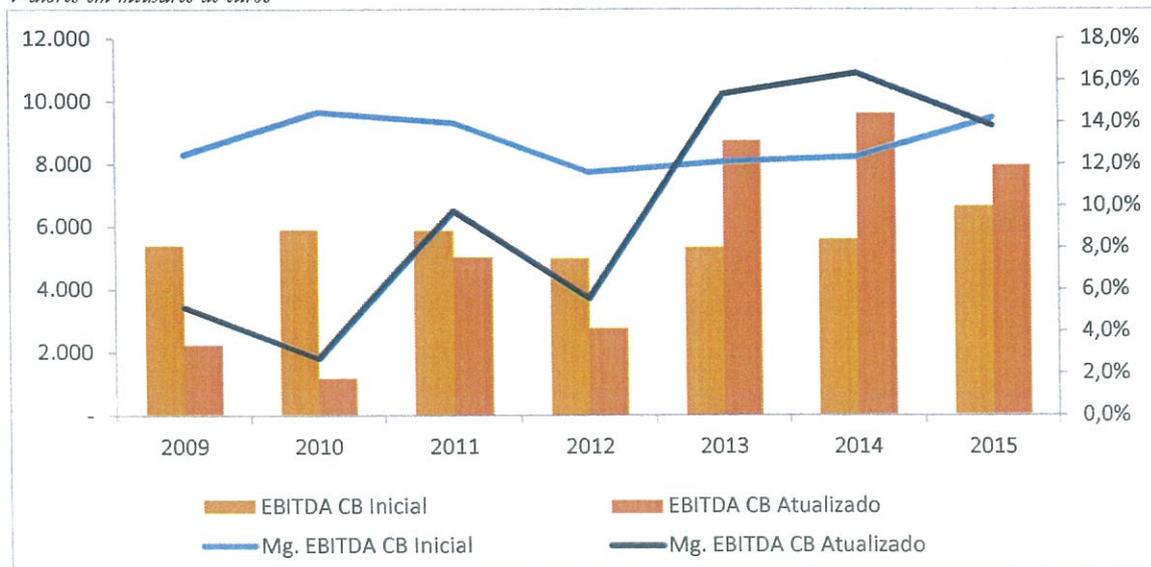


Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

122. No gráfico seguinte, apresentam-se os valores de EBITDA, e respetiva margem, para o CB Inicial e o CB Atualizado.

Gráfico 34 – EBITDA, e margem EBITDA, do Hospital de Cascais no CB Inicial e no CB Atualizado

Valores em milhares de euros



Fonte: CB Inicial e CB Atualizado.

[Handwritten signatures and initials]

Através do gráfico *supra*, é possível concluir que os custos, cujo aumento entre o CB Inicial e o CB Atualizado é relativamente superior ao aumento das receitas, diminuem a margem EBITDA, com exceção dos anos 2013 e 2014, concluindo-se que, **na maior parte dos anos em análise, a eficiência operacional da EGEST foi inferior àquela que a própria tinha estimado aquando da elaboração da sua proposta. Note-se, contudo, que, encontrando-se o risco operacional na esfera do parceiro privado, esta menor eficiência operacional não se traduz em risco orçamental para o parceiro público⁶⁰, uma vez que os pagamentos do parceiro público ao parceiro privado em nada são influenciados pela variação na estrutura de custos deste último.**

Conclusões da análise do caso base

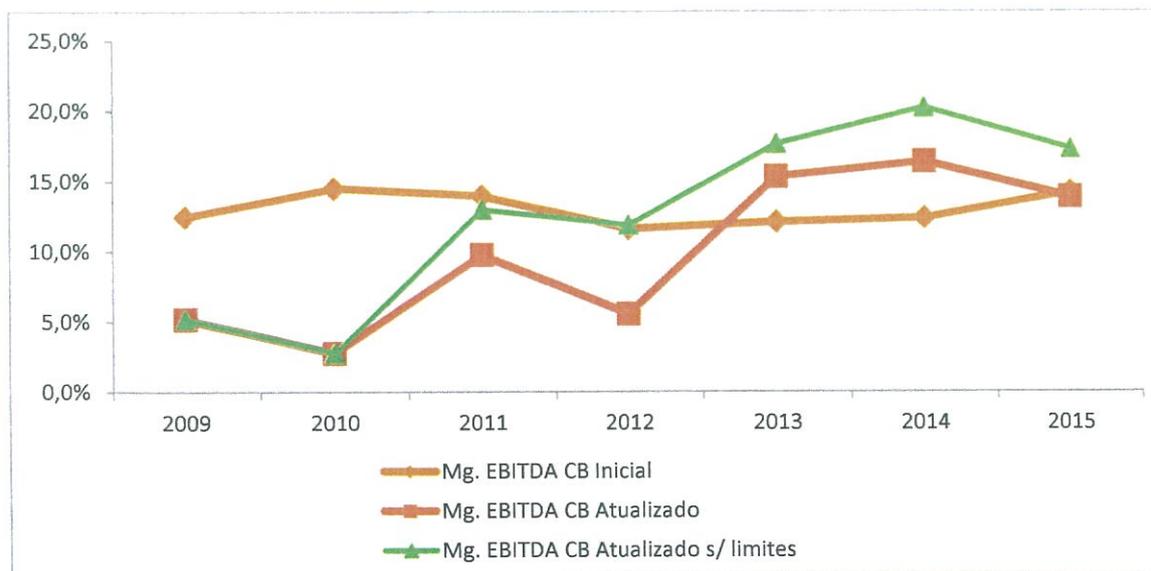
123. Relativamente ao caso base do Hospital de Cascais, importa analisar, agora, com maior detalhe as margens operacionais do Hospital de Cascais, com o objetivo de confirmar em que medida terá existido uma efetiva materialização da transferência do risco para o parceiro privado (que com base na análise anterior se verificou ter de facto existido).

Assim, no gráfico *infra*, apresentam-se as margens operacionais (margens EBITDA), para o período 2011 – 2015, com base no **(i)** CB Inicial, **(ii)** CB Atualizado e **(iii)** CB Atualizado sem limites. Note-se que as margens EBITDA reais⁶¹ não são apresentadas já que tanto as receitas como os custos incluem rubricas que não estão presentes no modelo financeiro subjacente ao caso base, nomeadamente receitas e custos relacionadas com **i)** protocolo VIH/SIDA, **ii)** RNCCI, **iii)** medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar e **iv)** outras receitas e custos que não estão diretamente relacionados com o Contrato de Gestão em vigor.

⁶⁰ Ao contrário do que acontece no caso dos hospitais EPE, em que os desvios registados ao nível da eficiência operacional dos EPE se repercutem de forma direta e proporcional nas contas do Estado, seja sob a forma das referidas “transferências adicionais”, seja através dos aumentos de capital estatutário.

⁶¹ A diferença entre a margem EBITDA real da EGEST e aquela que resulta do CB Atualizado decorre do facto de os valores do CB Atualizado serem calculados com base nos valores de produção reais, mas mantendo a estrutura de custos inicialmente estimada pelo privado no CB Inicial, enquanto os valores reais da margem EBITDA são aqueles que decorrem das condições reais de produção, bem como da estrutura de custos que efetivamente existe hoje (permitindo esta comparação aferir acerca da diferença entre o nível da eficiência operacional previsto inicialmente pela EGEST e o realmente verificado).

Gráfico 35 – Análise da margem EBITDA no CB Inicial, CB Atualizado e CB Atualizado sem limites



Fonte: CB Inicial, CB Atualizado e CB Atualizado sem limites.

Através do gráfico apresentado, é possível concluir que se verifica uma transferência efetiva de risco para o setor privado por via da gestão privada do serviço público através (i) da variação, positiva ou negativa, da produção do Hospital de Cascais (risco de procura) e (ii) dos mecanismos contratuais relativos aos limites de produção remunerada e aos valores anuais de produção prevista, que induzem um efeito de diluição da margem EBITDA, uma vez que os referidos limites só se aplicam em termos de remuneração, não se aplicando naturalmente no caso dos custos⁶².

Com efeito, não só a margem EBITDA do CB Atualizado é inferior à do CB Inicial (tal como se havia referido anteriormente), na maior parte dos anos analisados, como a própria margem EBITDA que resultaria de um cenário (*cfr.* CB Atualizado s/ limites) em que a EGEST fosse remunerada por toda a produção realizada (sem consideração dos limites contratualmente aplicáveis) é também superior à margem EBITDA dita real, à luz do que resulta do CB Atualizado. Assim, verifica-se que **os mecanismos contratualmente previstos implicaram, de facto, uma efetiva transferência do risco para o parceiro privado – este obteve uma rentabilidade inferior não só à esperada (tendo por base as suas expectativas iniciais, com base no CB Inicial), como àquela que obteria**

⁶² Independentemente de a produção efetiva ser ou não remunerada, certo é que o parceiro privado tem sempre que suportar os custos que estão associados a essa produção.

caso não existissem quaisquer mecanismos de aplicação de limites à produção remunerada.

3.2.1.1.5. Simulação dos potenciais encargos do Estado com o Hospital de Cascais, caso fossem aplicados os preços dos hospitais EPE

124. Tendo em vista a aferição da economia do modelo de gestão privada do serviço público realizado pelo Hospital de Cascais, face ao modelo público de gestão dos hospitais EPE, foi determinado o valor dos encargos que decorreriam para o erário público, num cenário em que a atividade efetiva realizada pelo Hospital de Cascais⁶³ fosse remunerada aos preços definidos para os hospitais EPE (com base nos contratos programa) e efetuada a sua comparação com a remuneração atualmente auferida pela EGEST, tendo por base o estabelecido contratualmente. A referida análise foi realizada tendo por base o período compreendido entre 2011 e 2015, encontrando-se o resultado do referido exercício no quadro seguinte.

⁶³ Correspondendo a atividade efetiva ao valor global da produção realizada pelo Hospital de Cascais, sem a aplicação de quaisquer limites estabelecidos para efeitos de remuneração nos termos do Contrato de Gestão.

Quadro 16 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação dos preços definidos para os hospitais EPE e com a aplicação dos preços estabelecidos no Contrato de Gestão

Valores em milhares de euros

Remuneração - Preços base SNS - EPE	2011	2012	2013	2014	2015
Internamento e Cirurgia Ambulatório	27.517	25.289	28.649	30.341	33.422
Dias de Internamento prolongado	0	0	0	0	0
Consulta Externa	8.318	5.703	5.795	5.794	5.761
Urgência	9.597	8.276	7.951	7.812	7.946
Disponibilidade do Serviço de Urgência	0	0	0	0	0
Hospital de Dia Médico	120	163	136	126	140
Casos e Atos Específicos	0	0	333	266	268
Remuneração base anual da EGEst	45.551	39.432	42.864	44.340	47.537

Remuneração - Preços base Contrato de Gestão	2011	2012	2013	2014	2015
Internamento e Cirurgia Ambulatório	29.118	29.102	34.485	35.984	33.677
Dias de Internamento prolongado	191	140	102	128	143
Consulta Externa	7.193	7.501	8.005	8.405	8.761
Urgência	9.209	8.976	9.537	9.824	10.003
Disponibilidade do Serviço de Urgência	3.502	3.632	3.636	3.298	3.616
Hospital de Dia Médico	397	486	414	369	400
Casos e Atos Específicos	40	0	333	277	267
Remuneração base anual da EGEst	49.649	49.836	56.511	58.285	56.867

Remuneração - Diferença	2011	2012	2013	2014	2015
Internamento e Cirurgia Ambulatório	-1.601	-3.813	-5.835	-5.642	-254
Dias de Internamento prolongado	-191	-140	-102	-128	-143
Consulta Externa	1.125	-1.798	-2.210	-2.611	-3.001
Urgência	388	-700	-1.586	-2.011	-2.056
Disponibilidade do Serviço de Urgência	-3.502	-3.632	-3.636	-3.298	-3.616
Hospital de Dia Médico	-277	-323	-279	-243	-260
Casos e Atos Específicos	-40	0	0	-11	1
Total	-4.098	-10.404	-13.647	-13.945	-9.330

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT, Contratos Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

Mediante a análise do quadro anterior, verifica-se que a remuneração da produção da EGEST que resultaria da adoção dos preços definidos para os hospitais EPE seria significativamente inferior àquela que resulta da aplicação dos preços previstos no Contrato de Gestão.

Os resultados apresentados no quadro anterior refletem, naturalmente, e em primeiro lugar, o fator preço, uma vez que, no contexto do Contrato de Gestão, os preços se

encontram definidos e fixados para todo o período da parceria, sendo apenas revisíveis em função da taxa de inflação, enquanto que, no caso dos preços contratualizados para os hospitais EPE, não existe necessariamente um padrão de variação associado aos mesmos, ao que não será, naturalmente, alheio o facto de terem existido, ao longo do período analisado, restrições orçamentais, que poderão ter tido reflexo nos termos de referenciação da produção dos EPE.

Neste contexto, apresentam-se, de seguida, os preços a que foram remuneradas as linhas de produção do Hospital de Cascais, nos termos do Contrato de Gestão, e os preços praticados nos hospitais EPE para essas mesmas linhas de produção, como apresentados de seguida.

Quadro 17 – Comparação entre os preços definidos para os hospitais EPE e os**preços estabelecidos no Contrato de Gestão**

Preço unitário por linha de produção	2011	2012	2013	2014	2015
INTERNAMENTO E CIRURGIA AMBULATORIO					
1.º Escalão					
Contrato de gestão HC PPP	2.323 €	2.406 €	2.409 €	2.408 €	2.396 €
Hospitais EPE	1.859 €	1.711 €	2.142 €	2.120 €	2.285 €
Diferença	463 €	695 €	267 €	288 €	111 €
	25%	41%	12%	14%	5%
2.º Escalão					
Contrato de gestão HC PPP	1.009 €	1.045 €	1.046 €	1.046 €	1.041 €
Hospitais EPE	1.859 €	1.711 €	2.142 €	2.120 €	2.285 €
Diferença	-850 €	-665 €	-1.095 €	-1.074 €	-1.244 €
	-48%	-39%	-51%	-51%	-54%
DIAS DE INTERNAMENTO PROLONGADO					
Contrato de gestão HC PPP	89 €	92 €	92 €	92 €	92 €
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Diferença	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
CONSULTA EXTERNA					
Primeiras consultas					
Contrato de gestão HC PPP	77 €	80 €	80 €	80 €	79 €
Hospitais EPE	74 €	53 €	45 €	45 €	44 €
Diferença	3 €	27 €	34 €	35 €	36 €
	4%	50%	76%	78%	82%
Consultas subsequentes					
Contrato de gestão HC PPP	58 €	60 €	60 €	60 €	59 €
Hospitais EPE	67 €	48 €	45 €	44 €	44 €
Diferença	-10 €	11 €	14 €	16 €	16 €
	-14%	24%	32%	37%	36%
URGÊNCIA					
1.º Escalão - Atendimento					
Contrato de gestão HC PPP	67 €	70 €	70 €	70 €	69 €
Hospitais EPE	66 €	61 €	56 €	54 €	54 €
Diferença	1 €	9 €	14 €	16 €	15 €
	1%	14%	24%	29%	29%
2.º Escalão - Atendimento					
Contrato de gestão HC PPP	41 €	42 €	42 €	42 €	42 €
Hospitais EPE	66 €	61 €	56 €	54 €	54 €
Diferença	-26 €	-19 €	-14 €	-12 €	-12 €
	-39%	-31%	-25%	-22%	-22%
Disponibilidade do Serviço de Urgência					
Contrato de gestão HC PPP	3,51 M€	3,63 M€	3,64 M€	3,63 M€	3,62 M€
Hospitais EPE	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Diferença	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Preço unitário por linha de produção	2011	2012	2013	2014	2015
HOSPITAL DE DIA					
Oncologia					
Contrato de gestão HC PPP	85 €	88 €	89 €	89 €	88 €
Hospitais EPE	24 €	22 €	21 €	20 €	20 €
Diferença	61 €	66 €	68 €	68 €	68 €
	252%	296%	322%	340%	337%
Pediatria					
Contrato de gestão HC PPP	27 €	28 €	28 €	28 €	28 €
Hospitais EPE	24 €	22 €	21 €	20 €	20 €
Diferença	3 €	6 €	7 €	8 €	8 €
	13%	27%	36%	41%	41%
Psiquiatria					
Contrato de gestão HC PPP	40 €	41 €	41 €	41 €	41 €
Hospitais EPE	37 €	34 €	32 €	30 €	30 €
Diferença	3 €	8 €	10 €	11 €	11 €
	9%	22%	30%	36%	35%
Outras especialidades					
Contrato de gestão HC PPP	101 €	105 €	105 €	105 €	105 €
Hospitais EPE	24 €	22 €	21 €	20 €	20 €
Diferença	77 €	83 €	84 €	85 €	84 €
	318%	371%	401%	422%	420%

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT, Contratos Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

Como se pode constatar, existiu, de facto, em cada um dos anos, uma diferença significativa entre os preços PPP e EPE, tendo naturalmente os preços do Contrato de Gestão superado, em larga medida, os aplicados aos hospitais EPE.

125. A este respeito, destaque-se o facto de, nos termos contratuais, a remuneração da EGEST compreender uma componente destinada ao pagamento pela disponibilidade do serviço de urgência, no valor anual de cerca de 3,6 M€, o que não encontra paralelo no caso dos termos contratuais dos EPE. Com efeito, tratando-se de uma urgência médico-cirúrgica, esta tipologia de cuidados prestados pelo Hospital de Cascais não seria considerada para o pagamento pela disponibilidade de serviço que o SNS começou a efetuar em 2015 aos hospitais EPE, referente apenas ao serviço de urgência básica⁶⁴. Ainda assim, importa referir, a este respeito, que no contrato programa de 2016 foi já alargado o pagamento por disponibilidade do serviço de urgência aos serviços de urgência médico-cirúrgica⁶⁵ e aos serviços de urgência polivalente⁶⁶, com o objetivo de cobrir os custos

⁶⁴ No valor anual de 1 M€ por unidade hospitalar.

⁶⁵ No valor anual de 5 M€, para um volume de atividade médio expectável de 100.000 episódios.

eficientes referentes à capacidade instalada no serviço de urgência, pelo que a sua inclusão nos preços dos hospitais EPE apresentados acima conduziria a diferentes resultados.

126. No que concerne aos preços das linhas de produção propriamente ditas, verifica-se, por um lado, que a diferença observada se justifica pelo facto de o mecanismo de atualização anual dos preços das linhas de produção do Hospital de Cascais ser substancialmente diferente do utilizado no caso dos hospitais EPE. Com efeito, nos termos do Contrato de Gestão, os preços pagos à EGEST são anualmente atualizados com base no IPC (aplicando-se esta atualização, uniforme, aos preços de todas as áreas de atividade), enquanto a definição dos preços dos hospitais EPE tem sido significativamente condicionada pelo quadro de restrição orçamental com que o SNS se tem confrontado, como referem os Contratos-Programa. Por este motivo, a generalidade dos preços aplicados aos hospitais EPE não só sofreu sucessivos decréscimos entre 2011 e 2014, tendo os preços praticados em 2015 apresentado uma manutenção face aos de 2014, como a variação dos preços não foi uniformemente aplicada a todas as áreas de atividade.

Adicionalmente, importa salientar que a ACSS alterou em 2013 a metodologia utilizada para a definição dos preços a aplicar aos hospitais EPE, traduzindo-se esta alteração num aumento do preço da linha de produção de internamento, à qual passou a ser aplicado um único preço base para todas as instituições, e numa redução do preço das primeiras consultas externas, tendo esta última passado a contemplar 6 grupos de financiamento, a que correspondem diferentes preços de consulta.

Em face do exposto, a evolução dos preços do Hospital de Cascais foi distinta da verificada nos hospitais EPE, como se poderá constatar nos gráficos apresentados de seguida.

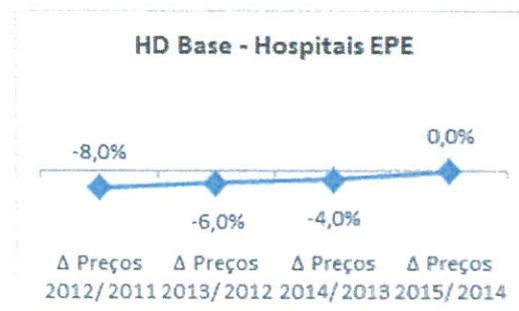
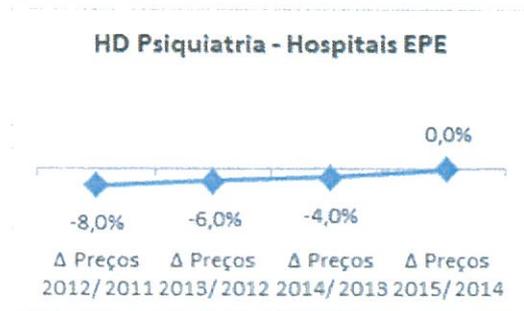
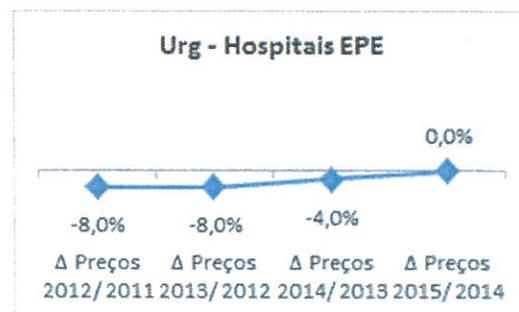
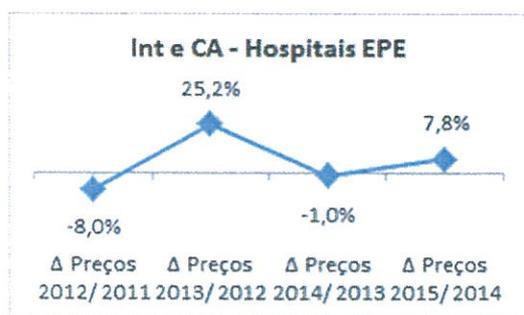
⁶⁶ No valor anual de 17 M€, para um volume de atividade médio expectável de 170.000 episódios.

Gráfico 36 – Evolução da taxa de crescimento anual dos preços para as linhas de produção do Hospital de Cascais



Fonte: Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, Contratos Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

Gráfico 37 – Evolução das taxas de crescimento anual dos preços definidos para os hospitais EPE



Fonte: Contratos Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

127. Por outro lado, a diferença verificada entre os preços das linhas de produção do Hospital de Cascais e os preços dos hospitais EPE deve-se ao facto de os do primeiro refletirem o valor proposto pela EGEST (com atualização da inflação) para fazer face a todos os encargos que decorrem da sua atividade, tanto ao nível da prestação de cuidados de saúde, como ao nível da remuneração dos investimentos que se revelem necessários durante a vigência do Contrato de Gestão, por exemplo. Tal circunstância, distorce de certa forma a análise que se apresentou acima, uma vez que, enquanto no caso da PPP os preços pagos pela prestação de cuidados de saúde constituem os únicos encargos do SNS com a parceria, no caso dos hospitais EPE tal raciocínio não se aplica, seja porque o preço se destina a cobrir apenas os custos relativos à prestação do serviço clínico, seja porque, em virtude das já referidas restrições orçamentais, o mesmo poderá encontrar-se desalinhado com a estrutura de custos destes hospitais, e, portanto, induzir défices operacionais, que, no caso dos hospitais EPE, e ao contrário do que se passa nas PPP, se materializam, mais cedo ou mais tarde, no défice público (seja por via das necessárias “transferências adicionais”, seja através dos aumentos de capital estatutário).

Efetivamente, para alguns hospitais EPE, o modelo de financiamento e os preços fixados nos contratos-programa têm-se revelado insuficientes para fazer face à sua estrutura de custos, pelo que os mesmos constituem apenas uma parte dos encargos suportados pelo Estado com estas unidades hospitalares. Consequentemente, os défices gerados nesses hospitais EPE têm sido colmatados, quer através da realização de pagamentos de convergência, os quais representaram, no período compreendido entre 2011 e 2015 e para os hospitais do Grupo de Referência EP do Hospital de Cascais, 6,4% do valor das transferências efetuadas pelo SNS, quer através de aumentos de capital, representando estes, no mesmo período, cerca de 9,3% do total dessas transferências (considerando também os aumentos de capital).

Assim, caso na análise anteriormente protagonizada se considerem, não apenas o resultado da aplicação dos preços do contrato programa, mas sim todas as transferências realizadas pelo Estado a estes hospitais, os resultados da comparação seriam os que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 18 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação dos preços definidos para os hospitais EPE e com a aplicação dos preços estabelecidos no Contrato de Gestão após pagamento de valores de convergência aos hospitais EPE

Valores em milhares de euros

	2011	2012	2013	2014	2015	
Remuneração Preços base SNS - EPE	45.551	39.432	42.864	44.340	47.537	
Média do peso das convergências face ao total das transferências do SNS para os EPE do GR entre 2011 e 2015	6,4%	2.931	2.537	2.758	2.853	3.059
Remuneração Preços base SNS - EPE com convergências	48.482	41.969	45.622	47.193	50.596	
Remuneração Preços base Contrato de Gestão	49.649	49.836	56.511	58.285	56.867	
Diferença	-1.167	-7.867	-10.889	-11.092	-6.272	

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT, Contratos Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

128. Para colmatar os referidos défices dos hospitais EPE, como referido, o Estado tem também efetuado, para além das transferências, aumentos de capital nestes hospitais. No caso dos hospitais do Grupo de Referência EP do Hospital de Cascais verificou-se efetivamente a ocorrência deste tipo de situações, em 2014, ascendendo os aumentos de capital, em numerário, em conjunto com os pagamentos de convergência supracitados, a 9,3% do total de transferências e aumentos de capital verificados no período em análise.

Tal como verificado com os pagamentos de convergência, também os aumentos de capital se traduzem numa redução da diferença entre a remuneração que a EGEST auferiria caso a atividade efetiva realizada pelo Hospital de Cascais fosse remunerada aos preços definidos para os hospitais EPE e a remuneração determinada pela aplicação dos preços estabelecidos no Contrato de Gestão.

Quadro 19 – Comparação entre a remuneração da produção efetiva (sem limites) da EGEST com a aplicação dos preços definidos para os hospitais EPE e com a aplicação dos preços estabelecidos no Contrato de Gestão após pagamento de valores de convergência e aumentos de capital dos hospitais EPE

Valores em milhares de euros

		2011	2012	2013	2014	2015
Remuneração Preços base SNS - EPE		45.551	39.432	42.864	44.340	47.537
Média do peso das convergências e dos aumentos de capital face ao total das transferências e aumentos de capital do SNS para os EPE do GR entre 2011 e 2015	9,3%	4.247	3.677	3.997	4.135	4.433
Remuneração Preços base SNS - EPE com convergências e aumentos de capital		49.799	43.109	46.861	48.475	51.970
Remuneração Preços base Contrato de Gestão		49.649	49.836	56.511	58.285	56.867
Diferença		150	-6.727	-9.650	-9.810	-4.898

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT, Contratos Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

129. Para além do efeito preço, os diferentes montantes de remuneração identificados nos quadros *supra*, devem-se ainda ao facto de, no âmbito do Contrato de Gestão e no que aos episódios de internamento e de ambulatório cirúrgico diz respeito, a remuneração da EGEST ter sido sempre determinada mediante a utilização de um único agrupador de GDH (AP21) e tendo por base o ICM apurado em função da produção efetiva de cada ano⁶⁷, enquanto a remuneração dos hospitais EPE foi efetuada mediante a utilização de diferentes agrupadores de GDH entre 2011 e 2015, cujos índices de *case-mix* são inferiores aos do agrupador utilizado pelo Hospital de Cascais, não tendo os mesmos em consideração a complexidade da produção efetiva de cada um dos anos, dado que a sua atualização não é efetuada com a mesma periodicidade anual que a estipulada no Contrato de Gestão do Hospital de Cascais.

⁶⁷ Nos termos do estipulado no n.º 5.2 do Anexo V ao Contrato de Gestão, o ICM a ser considerado para efeitos de remuneração da EGEST deverá corresponder ao mínimo entre o calculado para a produção do Hospital de Cascais verificada no ano e a média do ICM da população verificada nos cinco anos precedentes, calculado com base na totalidade dos episódios de internamento e cirurgias de ambulatório, correspondentes ao perfil assistencial do Hospital de Cascais, verificados efetivamente para a população da área de influência do Hospital de Cascais, independentemente da unidade hospitalar em que foram prestados. Com referência ao exercício de 2015, para efeitos de remuneração, foi utilizada a média do ICM dos 5 anos anteriores, inferior ao índice de case mix apurado com base na produção do Hospital de Cascais verificado no ano.

Quadro 20 – Índice de case mix utilizado para efeitos de remuneração dos hospitais EPE e do Hospital de Cascais

	2011	2012	2013	2014	2015
ICM SNS - EPE	0,871	0,906	0,745	0,765	0,769
ICM Contrato de Gestão	0,858	0,897	0,910	0,930	0,858

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT, Contratos Programa e informação disponibilizada pela ACSS.

130. Conclui-se assim, com base no exposto, que, pese embora os resultados apresentados acima pareçam denotar uma maior economia do modelo de EPE face ao modelo de PPP, importa contudo ter em consideração que os preços da PPP de Cascais foram determinados, *ab initio*, tendo por base o pressuposto de que os mesmos deveriam cobrir não só o valor das prestações de serviços clínicos, mas também o valor dos investimentos realizados, bem como o pagamento da contrapartida financeira pela aquisição do estabelecimento hospitalar (no montante de 15 M€)⁶⁸. Por outro lado, é ainda importante ter presente que as duas realidades não são completamente comparáveis, uma vez que os termos contratuais da PPP implicam não só a atualização do valor dos preços – não podendo estes ser reduzidos por questões de índole meramente orçamental (como poderá dar-se o caso nos hospitais EPE) –, como também o valor do ICM. Com efeito, no caso dos EPE e ao contrário do que acontece com as PPP, quer os preços, quer o ICM, quer até os limiares mínimos para a quantidade de produção poderão ser alterados em função da realidade orçamental que se verificar em cada momento.

3.2.1.1.6. Constrangimentos à execução de facto de algumas disposições contratuais

131. Muito embora, do ponto de vista estritamente jurídico, o contrato constitua o repositório central e a medida dos direitos e obrigações que conformam e devem ser aplicados na relação jurídica subjacente, a verdade é que foram identificadas algumas

⁶⁸ Custos que, no caso dos hospitais EPE, nunca seriam pagos com base nos preços dos contratos-programa, mas sim através de “transferências adicionais” e/ou aumentos de capital, e que, portanto, poderão neste exercício, de índole meramente académica, não estar devidamente refletidos na comparação efetuada.

situações nas quais a liberdade de exercício das prerrogativas contratuais foi, na realidade, condicionada, designadamente em razão de se atender à necessidade de comparabilidade com os demais estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde, que o próprio Contrato dita ou permite que seja considerada.

Foi efetivamente o que sucedeu quanto à aplicação de alguns dos Parâmetros de Desempenho, por força da necessidade de se atender à comparabilidade com os demais estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde, como melhor se explicará no ponto 3.2.1.3., relativa à avaliação da PPP na ótica do Gestor do Contrato. Identificadas as dificuldades na obtenção de informação respeitante à monitorização de outras entidades do Serviço Nacional de Saúde para efeitos de comparação com o Hospital de Cascais, monitorização e aplicação dos Parâmetros de Desempenho, não deixou, porém, a ARSLVT de realizar diligências no sentido da determinação do grupo de referência e da recolha da informação necessária à monitorização dos Parâmetros de Desempenho e que a monitorização dos Parâmetros fosse feita igualmente numa lógica de melhoria contínua.

Sem prejuízo, entende-se que, neste ponto em concreto, devem ser reforçados mecanismos que permitam, na execução do Contrato de Gestão, garantir a plena aplicabilidade de todos os instrumentos contratuais.

3.2.1.1.7. *Pedidos de REF*

132. De acordo com as informações prestadas pela ARSLVT, durante o período de execução do contrato não foram registados quaisquer pedidos de reposição do equilíbrio financeiro, não obstante algumas divergências que foram dirimidas entre as partes.

3.2.1.1.8. *Análise histórica dos principais indicadores de eficiência*

133. Tendo por base os princípios subjacentes à Metodologia (*cf.* Ponto 2. do presente Relatório), considera-se que no âmbito da aferição do *Value for Money* da PPP, deve ser avaliada a relação entre os meios utilizados e os resultados obtidos pelo parceiro privado, sendo importante salientar, desde já, no entanto, que o custo do Estado Português com a PPP depende apenas dos resultados e do *output* gerados pelo parceiro privado, não

sendo, portanto, o Estado Português responsável pelos custos efetivamente incorridos pelo parceiro privado no decurso da sua atividade operacional. Com efeito, de acordo com a matriz de risco que em regra vigora nas PPP e que, no caso específico do Hospital de Cascais se aplica, os riscos operacional e de eficiência da estrutura de custos encontram-se alocados à esfera do parceiro privado, não sendo ao Estado imputada quaisquer eventuais deteriorações da eficiência operacional do parceiro privado.

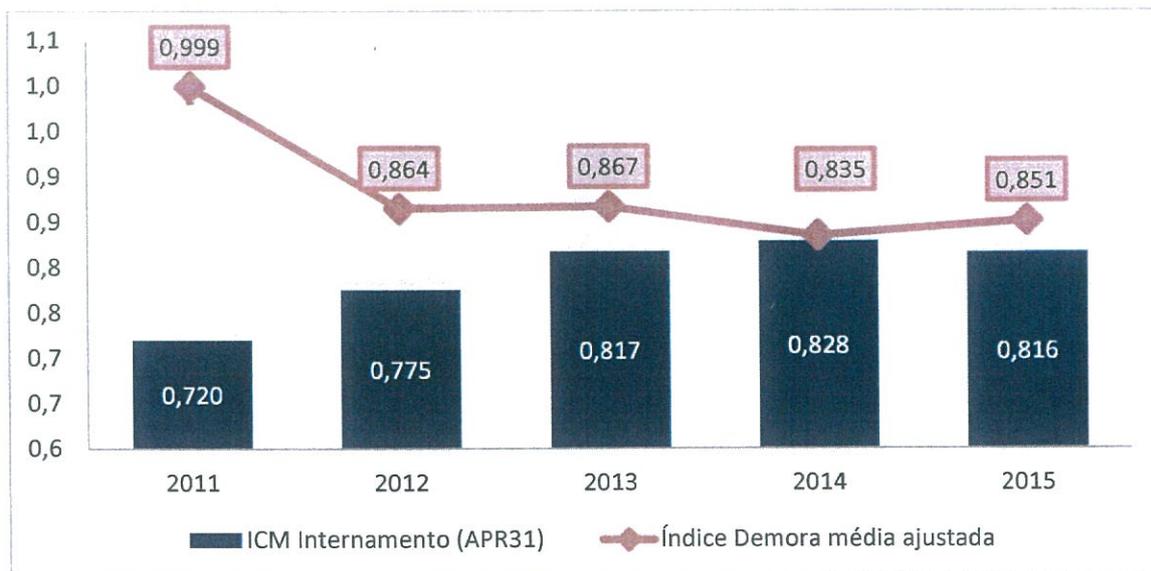
Tendo por base este enquadramento, no presente capítulo analisa-se a eficiência da PPP de Cascais, numa lógica individual, tendo por base as obrigações previstas contratualmente, e recorrendo ao resultado dos indicadores que se apresentam de seguida, de *(i)* índice de demora média ajustada (pela severidade), *(ii)* percentagem de cesarianas no total de partos e *(iii)* percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas, remetendo-se a parte da análise da eficiência dos recursos humanos e dos custos operacionais para o Ponto 3.2.1.2.4. do presente Relatório.

134. O índice de demora média ajustada (“IDMA”) procede ao ajustamento da demora média da instituição hospitalar em função da distribuição de episódios pelos diferentes níveis de severidade da doença, correspondendo à demora média que o hospital teria se tivesse a demora média por GDH do grupo, por nível de severidade. Assim:

- O IDMA total de cada grupo de instituições hospitalares é igual a 1, considerando a distribuição da produção das instituições do grupo pelos diferentes níveis de severidade e respetiva demora média;
- Um hospital que apresenta um valor de IDMA superior ao valor de referência 1 tem, considerando a severidade verificada nos “seus” doentes, uma demora média superior à do grupo de hospitais onde se encontra.

Tal como o demonstra o gráfico seguinte, o índice de demora média ajustada registou uma tendência de diminuição ao longo do período analisado, apresentando-se sempre abaixo de 1, revelando, portanto, a existência de eficiência relativa.

Gráfico 38 – Índice de demora média ajustada versus ICM internamento (APR31) período de 2011 a 2015

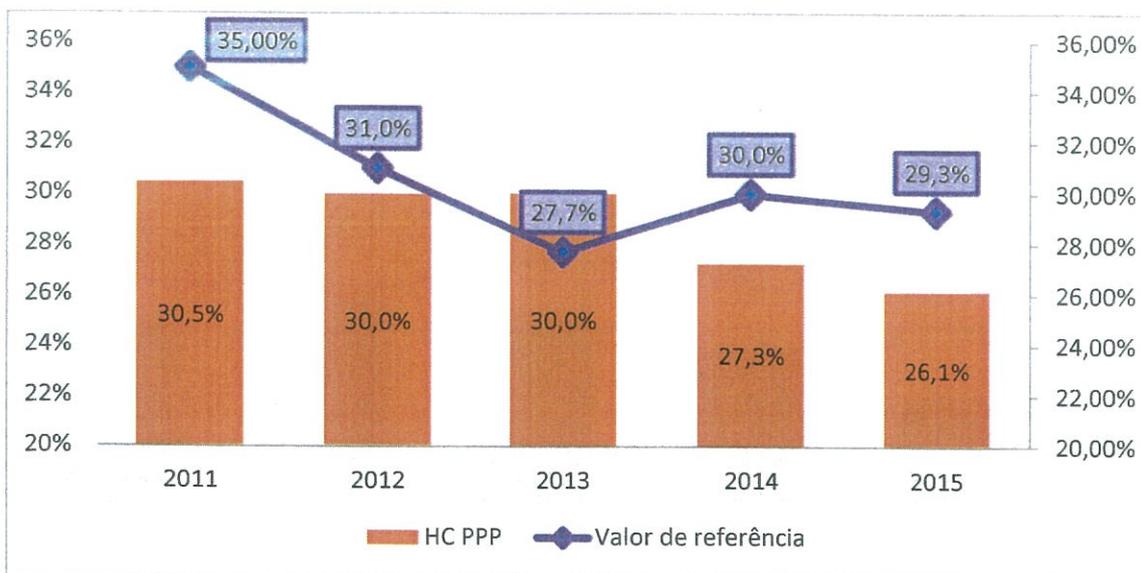


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

135. Tendo em consideração que, muitos dos partos por cesariana são realizados não por razões clínicas, nomeadamente pelo bem-estar materno-fetal, mas antes por razões de conveniência, comprometendo as melhores práticas, este indicador foi considerado nos parâmetros de desempenho a avaliar, no sentido de incentivar o hospital a concentrar esforços na informação das gestantes e seus familiares, e a garantir os recursos necessários para a realização de partos vaginais em condições de segurança, incluindo, entre outros aspetos, a presença de especialistas de obstetrícia, pediatria e anestesiologia.

Tal como se verifica pelo gráfico seguinte, o peso das cesarianas no total de partos tem vindo a reduzir-se ao longo do período de execução, encontrando-se o mesmo bastante abaixo dos valores de referência em 2014 e 2015.

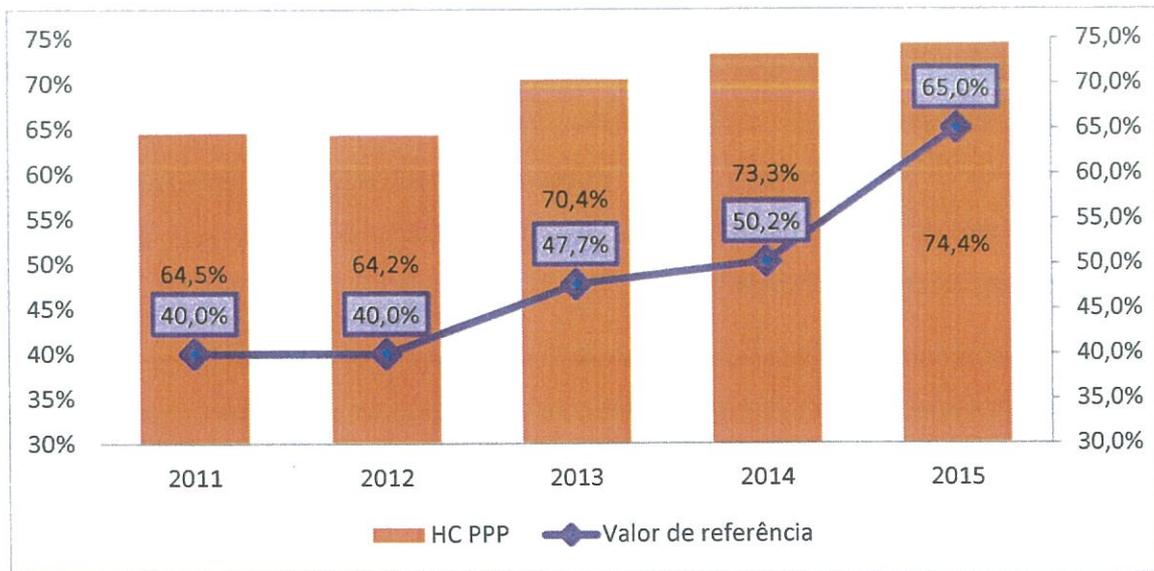
Gráfico 39 – Peso das cesarianas no total de partos



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

136. Apresenta-se, de seguida, o peso das cirurgias de ambulatório no total das cirurgias programadas, o qual pretende avaliar o valor alcançado em face do objetivo anualmente fixado. A taxa de Intervenções em Cirurgia de Ambulatório é um indicador relevante de qualidade e de eficiência, na medida em que o tratamento cirúrgico de muitos dos doentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o doente.

Gráfico 40 – Peso das cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

3.2.1.1.9. Análise histórica dos principais indicadores de eficácia e de qualidade

137. Em linha com os princípios enunciados no Ponto 2. do presente Relatório – referente à Metodologia –, considera esta Equipa de Projeto como fundamental, para concluir sobre a existência de *Value for Money* de uma PPP, numa lógica *ex-post*, aferir em que medida, ao longo do período de execução do contrato, foram efetivamente cumpridos e alcançados os “objetivos específicos fixados” e os “resultados esperados” com essa PPP. Assim, afigura-se pertinente perceber, por um lado, em que medida foram alcançados os níveis de *output* esperados, e, por outro lado, em que medida a qualidade desse *output*, neste caso os serviços clínicos prestados pelo parceiro privado, foi aderente às expectativas inicialmente definidas.

Refira-se, neste contexto, que, sendo o preço do serviço prestado pelo parceiro privado definido com base no seu resultado, isto é, com base no seu nível de *output*, e existindo, naturalmente, e em consequência um “custo de agência” para o parceiro público – decorrente do facto de este não conhecer nem controlar, pelo menos da mesma forma

que a outra parte o faz, o nível de qualidade com que esse *output* é atingido – foi incluído⁶⁹ no Contrato de Gestão um conjunto de cláusulas que visam garantir que as prestações de serviços realizadas pelo parceiro privado obedecem a determinados padrões de qualidade. Para tal, prevê o Contrato de Gestão um conjunto de mecanismos de monitorização da atuação do parceiro privado, tendo por base a aplicação de deduções, a efetuar em função dos níveis de desempenho da EGEST, mediante a verificação do cumprimento de um vasto conjunto de parâmetros de desempenho de resultado e de serviço (*cf.* cláusula 44.ª e Anexo V do Contrato de Gestão).

Ora com base no exposto, importa então, à data de hoje, analisar em que medida, ao longo do período de execução do contrato, se cumpriram as expectativas de qualidade e resultados do parceiro privado.

138. No âmbito do processo de avaliação de desempenho do parceiro privado, são consideradas três dimensões que contribuem para a avaliação global: *(i)* resultados, *(ii)* serviço e *(iii)* satisfação dos utentes. Ao longo da execução do contrato, não foi possível avaliar a componente relativa à “satisfação dos utentes” (conforme melhor descrito no Ponto 3.2.1.3. do presente Relatório).

Durante os anos de 2009, 2010 e 2011, foi entendimento do gestor do contrato que, sem a avaliação da componente relativa à “satisfação dos utentes”, não devia ser aferida a avaliação global, pelo que a mesma não foi considerada, sem que tenha resultado desta decisão qualquer impacto no que respeitas às obrigações da EGEST.

A partir de 2012, o gestor do contrato entendeu aferir e expressar a avaliação global do Hospital, ainda que se tenha mantido o constrangimento, referido acima, em relação à avaliação da componente relativa à “satisfação dos utentes”, apresentando-se no quadro seguinte as respetivas avaliações para esses anos.

⁶⁹ No âmbito do procedimento que levou à formação do contrato.

Quadro 21 – Avaliação de desempenho

Avaliação de desempenho	2012	2013	2014	2015
Componente de resultados ⁽¹⁾	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom
Componente de serviço ⁽¹⁾	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom
Componente de satisfação ⁽²⁾	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Notas: ⁽¹⁾ A avaliação de desempenho efetuada nas componentes de resultados e de serviço apenas teve em consideração os resultados obtidos pelo Hospital de Cascais. Em 2012 verificou-se a inexistência de valores do Grupo de Referência. Em 2013, a ACSS considerou que o único hospital que constituía o Grupo de Referência, o Hospital de Vila Franca de Xira, por ser gerido em regime de PPP, não era elegível para efeitos de integração nos Grupos de Referência definidos nos termos dos Contratos de Gestão PPP. Em 2014 e 2015 não se afigurou possível à EPC remeter à EGEST a informação relativa ao Grupo de Referência.

⁽²⁾ Não obstante estabelecer a obrigatoriedade de realização, com uma periodicidade anual, de inquéritos de satisfação dos utentes do Hospital de Cascais nas grandes áreas de atividade, o Contrato de Gestão prevê também que a avaliação de desempenho da EGEST nesta componente seja efetuada mediante a comparação entre os índices de satisfação dos utentes do Hospital de Cascais e os índices de satisfação obtidos pelos hospitais públicos incluídos nos inquéritos de satisfação dos utentes realizados pelo Ministério da Saúde, não tendo esta comparação sido efetuada no período objeto de análise devido ao facto de nos exercícios de 2012 a 2014 o Ministério da Saúde não ter realizado os inquéritos de satisfação dos utentes e, em 2015, por ter sido alterada a metodologia de realização dos mesmos, na sequência da qual a análise dos resultados não é realizada ao nível da prestação de cada instituição.

Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

139. Tal como referido, o sistema de monitorização do desempenho da EGEST prevê a aplicação de deduções à remuneração nos casos em que ocorram falhas de desempenho de resultado e de serviço e falhas específicas. No quadro seguinte apresentam-se os valores das deduções aplicadas ao longo do período de execução, verificando-se que o peso dos mesmos no total da remuneração se afigura negligenciável. Não obstante, importa ter presente o facto de ao longo do período de execução terem existido vários parâmetros de desempenho de resultado que não foram aplicados, em virtude das limitações que melhor se detalham no Ponto 3.2.1.3. do presente Relatório, tal como se constata a partir do gráfico 41 seguinte.

Quadro 22 – Deduções aplicadas à EGEST

Valores em milhares de euros

Deduções	2011	2012	2013	2014	2015
Falhas específicas	86	26	50	37	40
Transferências indevidas do Internamento	86	26	50	37	40
Falhas de desempenho de resultado	133	0	27	0	13
Taxa de execução de técnicas com consentimento informado inferior à prevista	133				
Taxa de primeiras consultas da Produção Efetiva inferior ao valor de referência			27		13
Falhas de serviço	427	2	59	0	0
Codificação dos episódios de Internamento e das intervenções em Cirurgia de Ambulatório fora dos prazos estabelecidos					
Não apresentação do plano de medidas corretivas relativo a incumprimento de PDR ⁽¹⁾	427	2	59		
Atraso na apresentação de relatórios justificativos de desvio de PDR ⁽²⁾					
Total	648	29	136	37	53

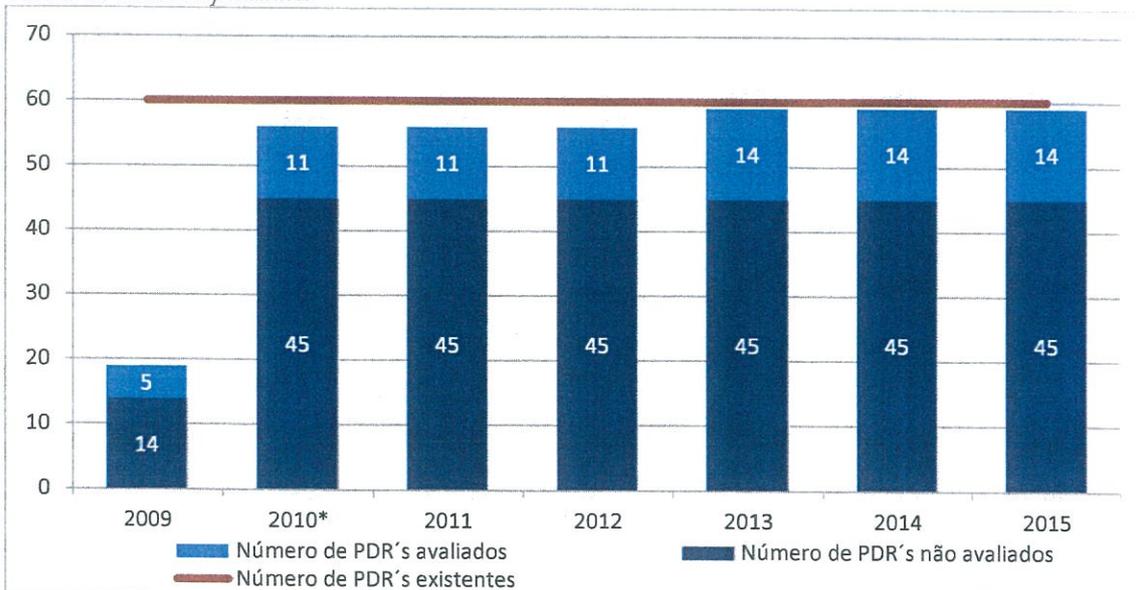
Notas: ⁽¹⁾ 2011: Incumprimento do PDR B.12 Taxa de execução de relatórios operatórios sobre o total de Intervenções Cirúrgicas e do PDR B.24 Taxa de execução de técnicas com Consentimento informado

⁽²⁾ 2013: Desvio face ao valor de referência do PDR A.16 Taxa de realização de cesarianas

Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Gráfico 41 – Parâmetro de Desempenho de Resultado existentes e respetiva desagregação em avaliados e não avaliados

Valores em número de parâmetros



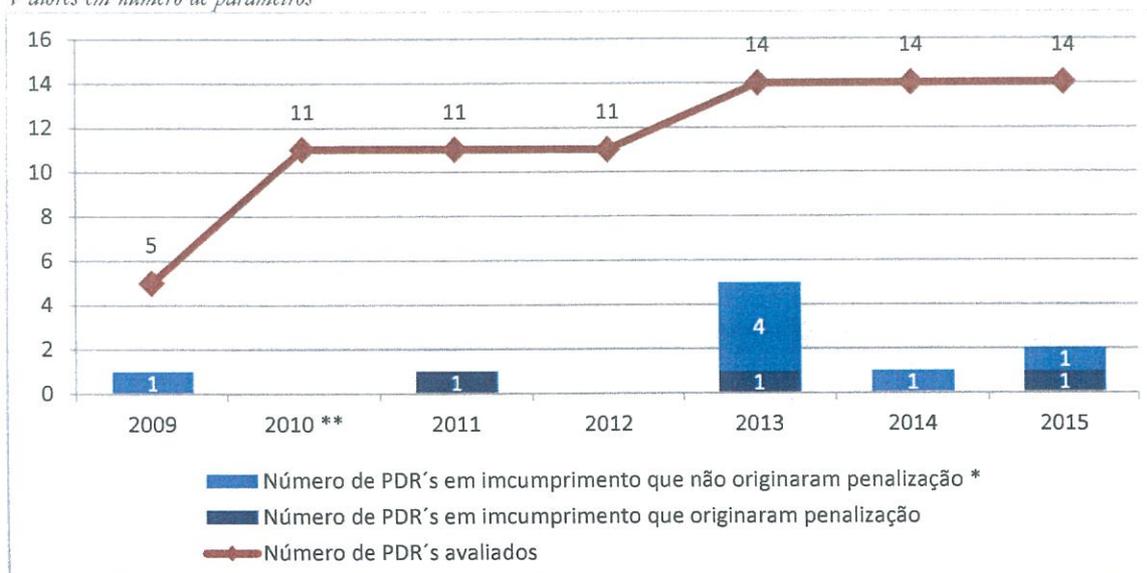
Nota: *Até 15.03.2010 (data da transferência para o novo Edifício Hospitalar) são aplicáveis os parâmetros de desempenho de resultado de 2009.

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

Por outro lado, e de entre os parâmetros de desempenho de resultado que se encontraram em incumprimento em cada um dos anos, existiram, de facto, alguns que não deram origem a deduções, mas apenas a Relatório Justificativo do Desvio tal como estabelecido no Contrato Gestão.

Gráfico 42 – Parâmetro de Desempenho de Resultado avaliados que se encontram em incumprimento e que originam ou não penalização

Valores em número de parâmetros



Notas: * Parâmetros de desempenho de resultado sem penalização mas apenas suscetível de Relatório Justificativo do Desvio ou sem penalização por aplicação do n.º 11 do Anexo VII ao Contrato.

** Até 15.03.2010 (data da transferência para o novo Edifício Hospitalar) são aplicáveis os parâmetros de desempenho de resultado de 2009.

Fonte: Informação disponibilizada pela ARSLVT.

Ora, não obstante o sistema de monitorização de desempenho previsto no contrato pretender funcionar como uma forma de alinhamento de interesses entre as partes e, assim, incentivar o mais possível a EGEST a manter níveis de serviço e qualidade elevados, na verdade, o que se verifica, da execução de facto, é que grande parte dos parâmetros de desempenho de resultado não foi aplicada na prática, podendo eventualmente ter assim relaxado, de alguma forma, o incentivo do privado em maximizar os seus níveis de resultados e de qualidade.

140. No que se refere às falhas específicas, importa esclarecer que, de acordo com o previsto contratualmente, encontram-se relacionadas com a transferência ou a referenciação indevida de utentes para outros hospitais do SNS. A aferição deste tipo de falhas efetua-se no âmbito das inspeções e auditorias levadas a cabo pela EPC (*cf.* Anexo 14 ao presente Relatório).

141. Para além do mecanismo de deduções, o Contrato de Gestão prevê ainda a aplicação de multas, em casos de incumprimento das obrigações decorrentes do contrato ou das determinações emitidas pela EPC, apresentando-se, no quadro seguinte, o valor efetivo das multas aplicadas ao longo do período de execução. Pelo quadro seguinte constata-se que nos últimos anos o valor das multas tem sido nulo ou bastante reduzido.

Quadro 23 – Multas aplicadas à EGEST

Valores em milhares de euros

Multas	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sistema de Monitorização	214					
Regulamento do Serviço de Urgência	107				83	
Recursos Humanos	150					
Livro de Reclamações		110				
Total	471	110	0	0	83	0

Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

142. Relativamente aos **indicadores de acesso** previstos contratualmente vejamos, nomeadamente, **(i)** a percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas realizadas (*cf.* gráfico 44), **(ii)** a percentagem da lista de inscritos para cirurgia (LIC) com tempo de espera menor ou igual ao Tempo Máximo de Resposta Garantido (*cf.* gráfico 45) e **(iii)** percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG (*cf.* gráfico 46), bem como, ainda, **(iv)** o peso dos utentes fora da área de influência no total da produção prevista (*cf.* gráfico 43), este último no contexto da verificação do cumprimento da EGEST quanto às restrições que lhe foram impostas no âmbito do Contrato de Gestão a este respeito.

O peso dos terceiros pagadores na produção prevista do Hospital de Cascais foi, no decorrer do período analisado, sempre inferior a 3%.

Quadro 24 – Terceiros pagadores

Valores em milhares de euros

Hospital de Cascais PPP	2011	2012	2013	2014	2015
Produção prevista	43.925	42.826	51.102	52.105	53.014
Terceiros Pagadores	1.031	805	718	711	1.347
% dos Terceiros pagadores na PP	2%	2%	1%	1%	3%

Fonte: Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Já no que se refere ao peso dos utentes fora da área de influência, verifica-se que a EGEST nem sempre cumpriu o limite dos 10% estabelecido contratualmente, tal como se constata a partir do gráfico seguinte.

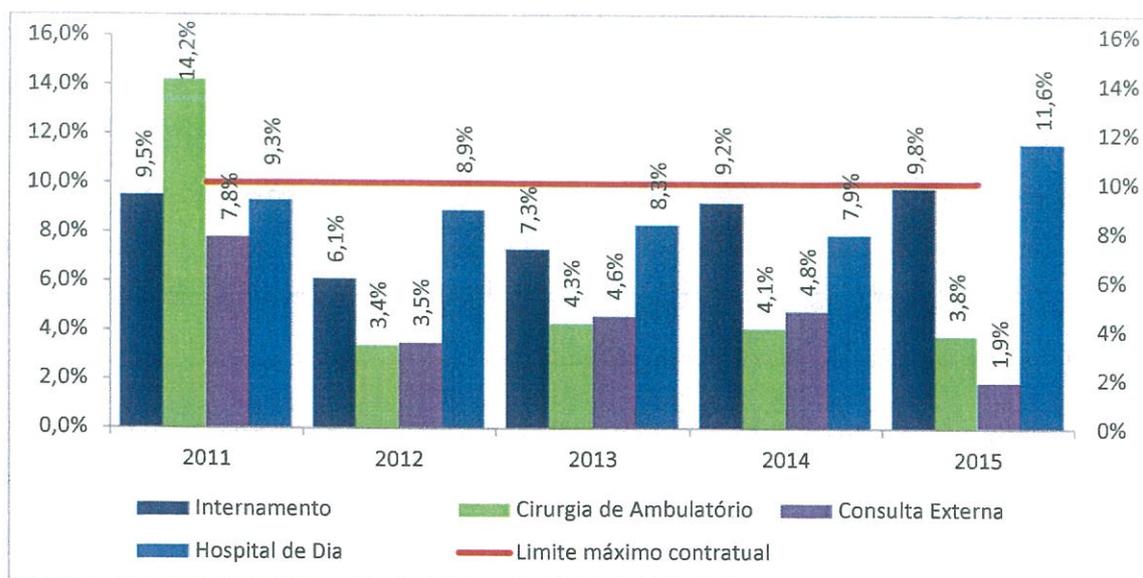
Nos termos do n.º 10 da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão, salvo nos casos autorizados pela EPC, a produção efetiva prestada a utentes que não pertençam à área de influência do Hospital de Cascais não pode incluir, em cada ano, em relação ao número de episódios de internamento, ao número de intervenções em cirurgia de ambulatório, ao número de consultas externas ou ao número de sessões de hospital de dia médico, uma percentagem superior a 10% da produção prevista.

O n.º 11 da mesma cláusula 38.ª estabelece que, sendo atingida a percentagem referida no número anterior, a EGEST deve referenciar ou transferir os utentes que não pertençam à área de influência do Hospital de Cascais para o CHLO, ou outro estabelecimento hospitalar que venha a ser indicado pela EPC.

A ultrapassagem do limite referido em relação ao número de episódios de internamento, ao número de intervenções em cirurgia de ambulatório, ao número de consultas externas ou ao número de sessões de hospital de dia médico traduz-se na não remuneração da produção em excesso correspondente.

No gráfico seguinte apresenta-se a evolução da percentagem de produção relativa a utentes não pertencentes à área de influência que foram atendidos no Hospital de Cascais no período em análise, depois de excluída a produção superior ao limite devidamente autorizada pela EPC. Como se poderá constatar, em 2011 e em 2015 a produção realizada a utentes fora da área de influência do Hospital de Cascais ficou acima do limite contratual, relativamente ao número de intervenções em cirurgia de ambulatório e ao número de sessões de hospital de dia médico, respetivamente, sem que se tenha verificado pela EGEST qualquer pedido de autorização para os casos que ultrapassaram o limite estabelecido ou, em alternativa, a referenciação dos doentes para outro estabelecimento hospitalar.

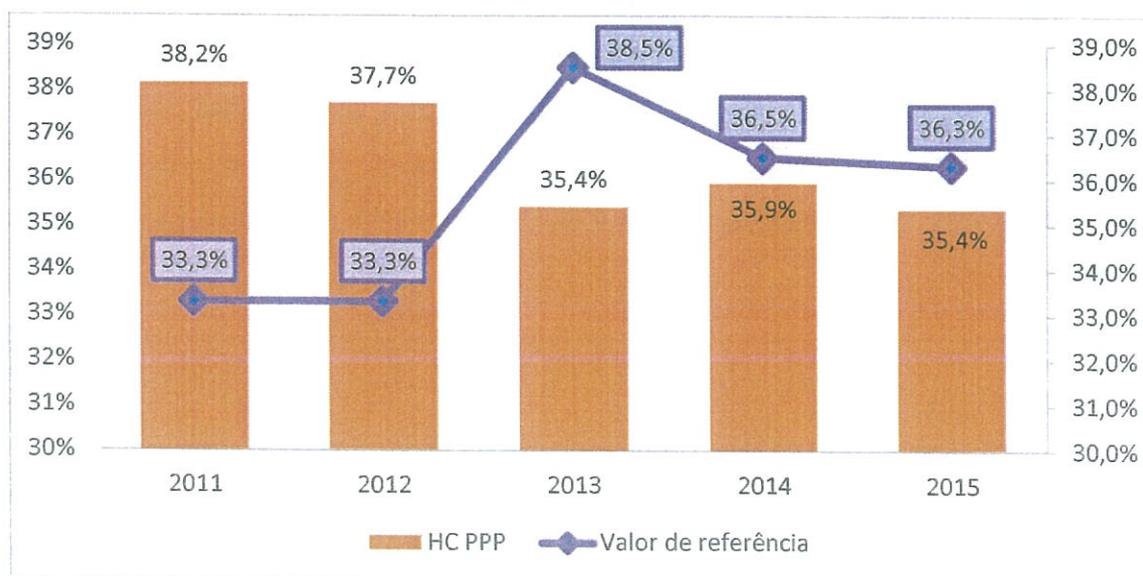
Gráfico 43 – Percentagem de produção relativa a utentes não pertencentes à Área de Influência



Fonte: Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST e Relatórios anuais de apuramento do pagamento de reconciliação produzidos pela ARSLVT.

Relativamente à percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas realizadas, conclui-se, a partir do gráfico seguinte, que nos três últimos anos de análise a EGEST incumpriu sempre os valores de referência, tendo sido aplicadas deduções relativas a este parâmetro de desempenho em 2013 e em 2015.

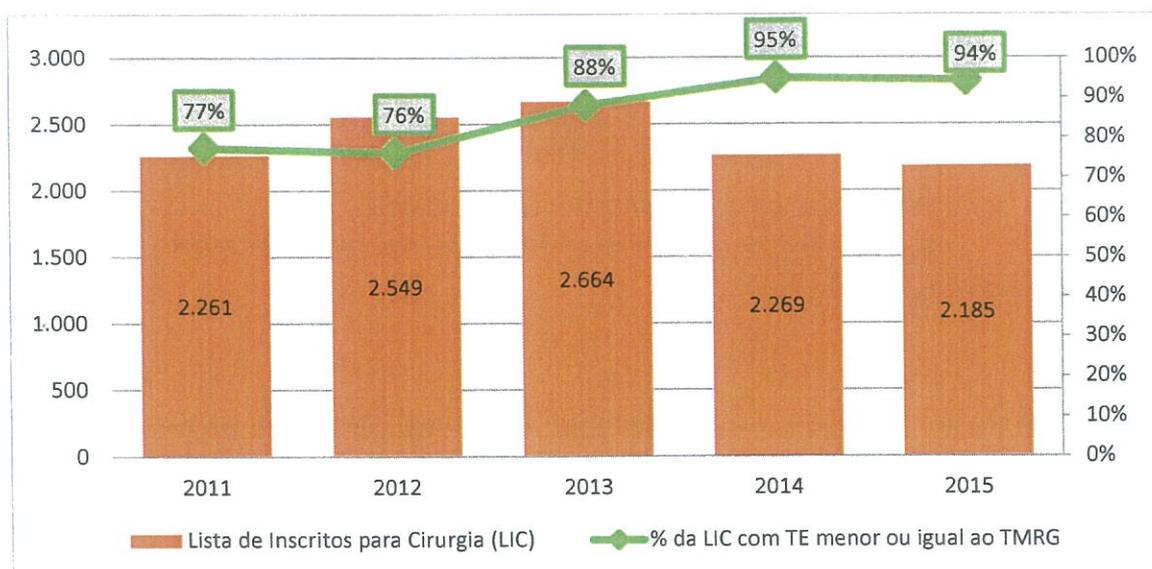
Gráfico 44 – Percentagem de Primeiras Consultas face ao Total de Consultas



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e Relatórios anuais de avaliação do desempenho da EGEST produzidos pela ARSLVT.

Relativamente à percentagem da lista de intervenções cirúrgicas com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, conclui-se, a partir do gráfico seguinte, uma melhoria da performance do parceiro privado nos três últimos anos.

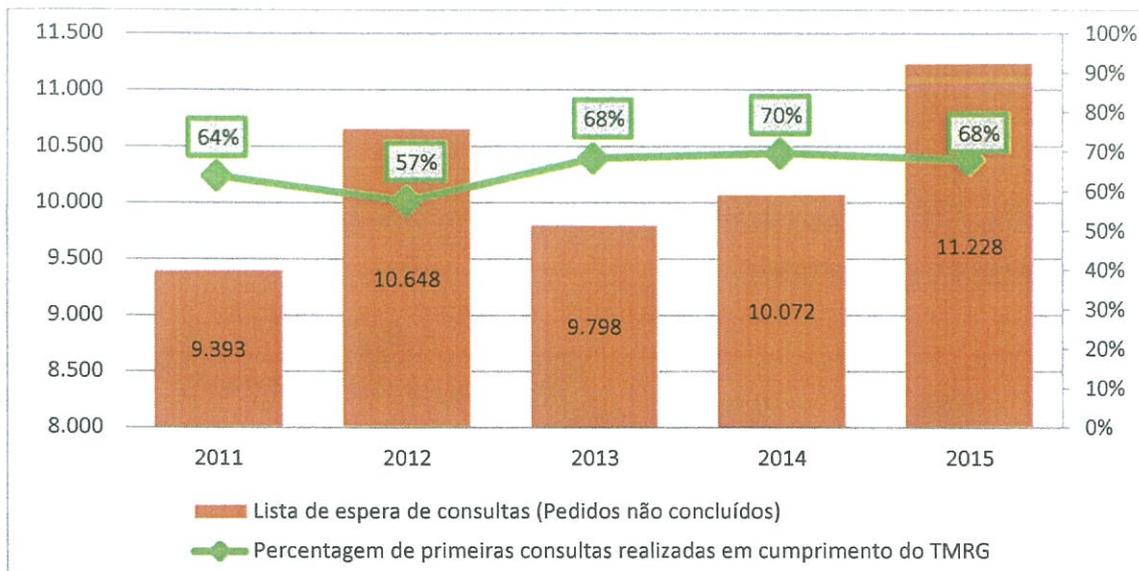
Gráfico 45 – LIC versus percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG para o ano de 2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Já no que se refere às consultas, a partir do gráfico seguinte verifica-se que não obstante o aumento das listas de espera nos três últimos anos, o peso das primeiras consultas realizadas dentro do TMRG manteve-se relativamente constante.

Gráfico 46 – Lista de espera de consultas (pedidos não concluídos) versus percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

143. No que se refere ao **cumprimento das obrigações contratuais da EGEST em matéria de qualidade dos serviços clínicos**, remete-se para o Ponto 3.2.1.3. do presente Relatório, onde, como mais desenvolvidamente se verá, se concluiu, através da análise da PPP na ótica do gestor do contrato, que a EGEST, sem prejuízo de dificuldades evidenciadas na execução das obrigações contratuais, particularmente nos primeiros anos de vigência do Contrato (2009-2011), deu-lhes cumprimento. Por outro lado, conclui-se também, nesse ponto do Relatório, que a EGEST promoveu a implementação de um “*Sistema de Gestão da Qualidade dinâmico e proactivo, com enfoque nas pessoas (utentes e profissionais), nos processos, nas estruturas/equipamentos e nos resultados*”. Não obstante, e tal como referido, são apontados, como aspetos negativos, **(i)** a reduzida aplicação dos parâmetros de desempenho de resultado, e **(ii)** a não avaliação da componente relativa à satisfação dos utentes.

3.2.1.1.10. Breve análise económico-financeira do parceiro privado (sustentabilidade da parceria)

144. A informação financeira seguidamente apresentada foi obtida através dos Relatórios e Contas do parceiro privado, não tendo a Equipa de Projeto procedido a qualquer validação ou auditoria desta informação.

De acordo com o quadro seguinte, onde se apresentam os principais indicadores económico-financeiros do parceiro privado, para o período de 2011 a 2015, verifica-se que o volume de negócios evidenciou uma tendência de crescimento ao longo dos últimos três anos. Em 2015, concretamente, o volume de negócios ascendeu a 71,3 M€, representado um acréscimo de cerca de 2% face ao ano anterior, explicado, em grande medida, pela introdução do valor esperado de remuneração pelos medicamentos relativos à Hepatite C, bem como pelo aumento da produção hospitalar contratada, efeitos parcialmente mitigados pela aplicação do mecanismo contratual de revisão dos preços dos serviços clínicos em função do IPC (que neste ano se traduziu num efeito negativo). Importa referir que o valor de receitas contabilizado pelo parceiro privado nas suas contas em 2015 não contemplava ainda o efeito da redução do ICM, que se operacionalizou neste ano, nos termos do exposto no n.º 110 do presente Relatório.

Quadro 25 - Evolução dos principais indicadores operacionais, entre 2011 e 2015

Valores em milhares de euros

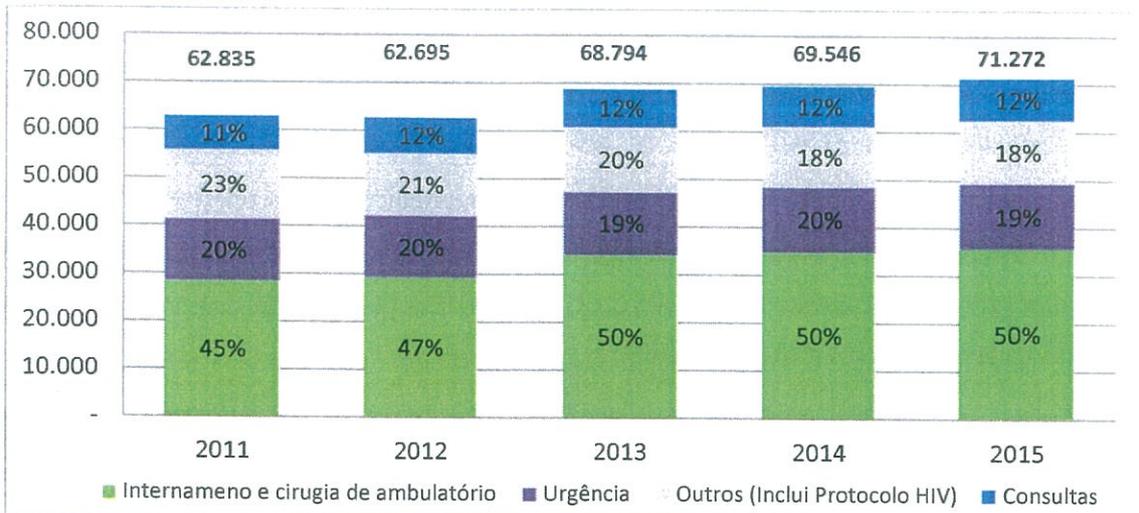
PPP Hospital de Cascais	2011	2012	2013	2014	2015
Receita	62.835	62.695	68.794	69.546	71.272
EBITDA	(1.935)	3.264	6.640	5.678	5.916
Margem Operacional	-3%	5%	10%	8%	8%
Margem Operacional Caso Base	11%	12%	12%	13%	13%

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de dados disponibilizados pelo parceiro privado, bem como de valores constantes dos seus respetivos R&C.

145. Relativamente à evolução das receitas por tipologia de serviço, a partir do gráfico *infra* é possível concluir que a evolução positiva das receitas deve-se principalmente aos serviços de internamento, cirurgia de ambulatório e consultas, sendo a taxa de crescimento média anual destes serviços de aproximadamente 6%, valor superior à taxa de 3% que apresenta o total das receitas. O crescimento das receitas relativas ao internamento, cirurgia de ambulatório e consultas externas é explicado, principalmente, pelo aumento da produção hospitalar nessas áreas de atividade.

Gráfico 47 - Evolução das receitas por tipologia de serviço, entre 2011 e 2015

Valores em milhares de euros



Fonte: Equipa de Projeto, a partir de dados disponibilizados pelos parceiros privados, bem como de valores constantes dos seus respetivos R&C.

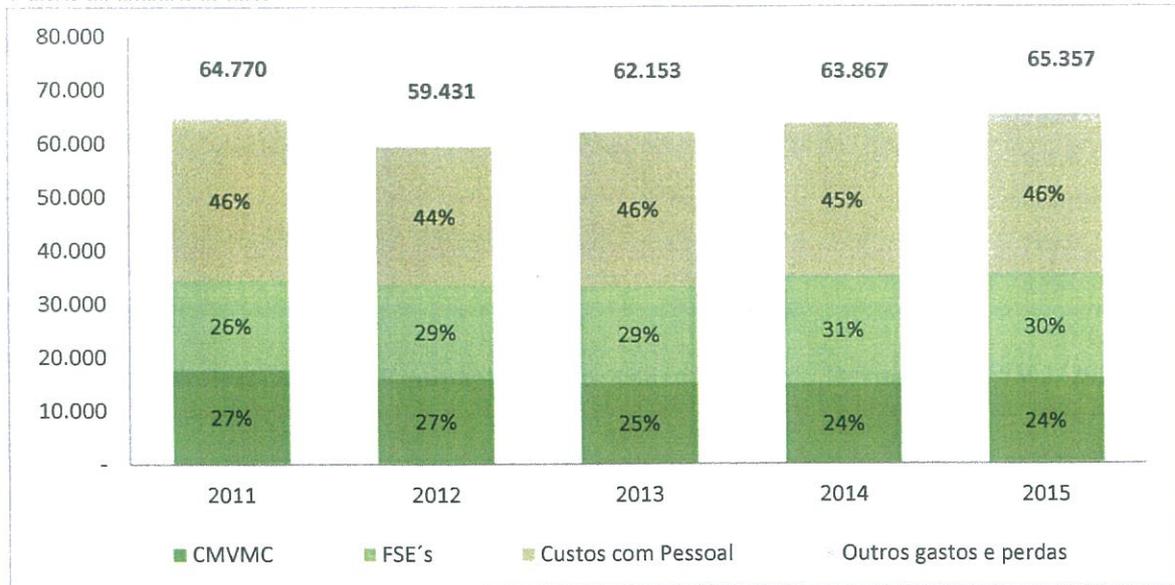
Da análise do gráfico apresentado, verifica-se, também, que o internamento e a cirurgia de ambulatório assumem um peso preponderante no que respeita aos proveitos obtidos pelo parceiro privado, uma vez que representam cerca de 50% do total de receitas operacionais em 2015, seguindo-se por ordem de importância a urgência (19%), outros (nos quais se incluem os protocolos, nomeadamente o Protocolo de VIH/SIDA, cerca de 19%), as consultas externas (12%) e por fim os exames auxiliares de diagnóstico.

146. Ainda relativamente ao valor das receitas operacionais, salienta-se que entre 2012 e 2015, os valores pagos por tipologia se mantiveram inalterados, tendo sido pagos cerca de 95% pela EPC, 3% pelos utentes, através das taxas moderadoras, 1% por terceiros pagadores - nos quais se incluem os pagamentos de companhias de seguros, particulares e serviços de saúde do estado - e 1% relativo a outros.

147. No que concerne aos custos operacionais do Hospital de Cascais, apresenta-se no gráfico *infra*, a evolução dos mesmos por rubrica.

Gráfico 48 – Evolução dos custos, por rubrica, entre 2011 e 2015

Valores em milhares de euros



Fonte: Equipa de Projeto, a partir de dados disponibilizados pelos parceiros privados, bem como de valores constantes dos seus respetivos R&C.

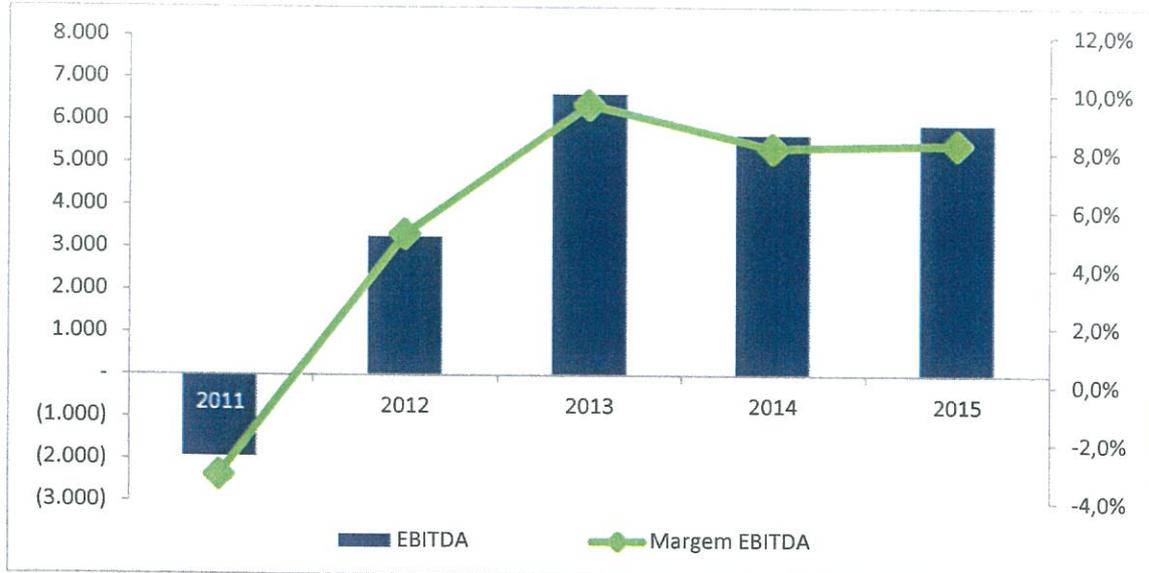
Do gráfico apresentado, é possível observar que a evolução dos custos, entre o ano 2011 e o ano 2015, sofreu um ligeiro crescimento, tendo por base uma taxa de crescimento média anual de 0,2%. Esta evolução decompõe-se, por rubrica, da seguinte forma: **(i)** CMVMC, que apresenta uma taxa de crescimento média anual negativa de 2%, **(ii)** FSE, cuja taxa de crescimento média anual foi de 4% e **(iii)** custos com pessoal, com uma taxa de crescimento média anual negativa de 0,2% (note-se que o peso relativo desta rubrica no total de custos do Hospital de Cascais é, em média, de 45%).

No que concerne à evolução da geração de *cash flow* operacional do parceiro privado, constatou-se, em 2015, uma evolução positiva (de 4% face ao período homólogo) do EBITDA, cifrando-se este em 5,9 M€, o que originou uma manutenção da margem operacional (em cerca de 8%) face ao ano anterior.

148. Relativamente à evolução do EBITDA ao longo do período em análise, importa salientar a melhoria significativa que este apresentou, passando de 1,9 M€ negativos em 2011, para 5,9 M€ em 2015, tal como se observa no gráfico seguinte.

Gráfico 49 – Evolução do EBITDA e respetiva margem, entre 2011 e 2015

Valores em milhares de euros

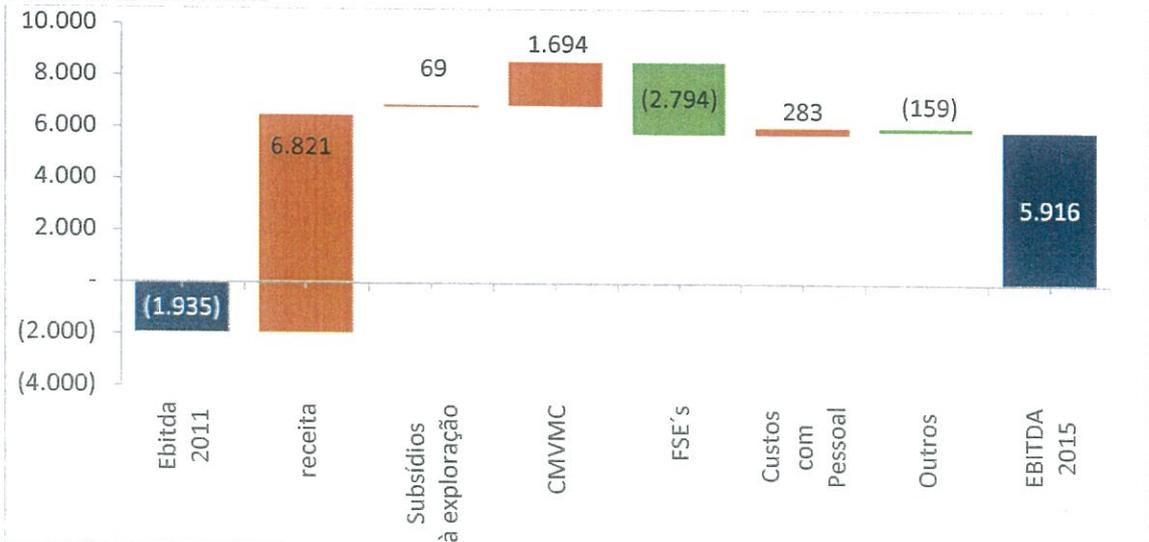


Fonte: Equipa de Projeto, a partir de dados disponibilizados pelos parceiros privados, bem como de valores constantes dos seus respetivos R&C.

A partir de 2012, verifica-se uma significativa melhoria do EBITDA, cifrando-se este em 6,640 M€ em 2013, o que originou uma margem operacional (margem EBITDA) de 9,7%, substancialmente superior à margem de 5,2% verificada no período homólogo. Esta evolução é explicada, principalmente, pela variação positiva das receitas entre 2012 e 2013, de 9,7%, de magnitude superior ao aumento (de 4,6%) verificado nos custos operacionais.

Gráfico 50 - Evolução do EBITDA gerado pelo parceiro privado, entre 2011 e 2015

Valores em milhares de euros



Fonte: Equipa de Projeto, a partir de dados disponibilizados pelos parceiros privados, bem como de valores constantes dos seus respetivos R&C.

Neste contexto, ao longo do período analisado verifica-se uma melhoria da margem operacional (“EBITDA/receitas operacionais”) – de -3% para 8% – resultante em grande medida da melhoria da eficiência operacional e de um efeito de diluição do peso dos custos operacionais por via do referido crescimento expressivo das receitas.

149. Relativamente à estrutura de financiamento do investimento, deve realçar-se o reduzido endividamento que a EGEST apresenta, ascendendo a dívida financeira a apenas 498.000 € em 2015. Importa notar que, aquando da entrada dos novos acionistas, em 2012, tal como apresentado no quadro seguinte, existiu uma redução da dívida por via da conversão de prestações suplementares em suprimentos, no montante de aproximadamente 36 M€. De salientar também que desde o início da operação do Hospital de Cascais não foram distribuídos quaisquer dividendos, estando em linha com o que foi previsto no modelo financeiro subjacente ao caso base anexo ao Contrato de Gestão.

Quadro 26 – Estrutura de Financiamento, entre 2011 e 2015

Valores em milhares de euros

PPP Hospital de Cascais	2011	2012	2013	2014	2015
Dívida *	36.325	3.190	300	242	498
Capitais Próprios	(30.503)	3.806	7.774	8.477	9.795
Gearing **	624%	46%	4%	3%	5%
Gearing Caso Base **	97%	97%	95%	90%	81%
Dívida /Ebita	-18,77	0,98	0,05	0,04	0,08

Nota 1: * Dívida inclui as rubricas de financiamentos obtidos e fornecedores de imobilizado.

Nota 2: ** *Gearing* resulta do cálculo Dívida / (Capital Próprio + Dívida).

Fonte: Equipa de Projeto, a partir de dados disponibilizados pelo parceiro privado, bem como de valores constantes dos seus respetivos R&C.

No final de 2015, o parceiro privado evidenciava um rácio de dívida sobre o capital empregue de cerca de 5%, o que decorre essencialmente, por um lado, do reduzido valor de fundos alheios, e, por outro lado, dos valores aportados pelos acionistas e dos resultados dos exercícios acumulados.

A variação positiva da capacidade de geração de *cash flow* operacional do parceiro privado permitiu apurar, em 2015, um rácio de dívida/EBITDA muito confortável, de 0,08x, contrastando com os -18,77x apurados em 2011 (0,98x em 2012), tendo sido determinante para esta evolução o expressivo aumento do EBITDA, mas também o reembolso da dívida.

150. Conclui-se, portanto, com base nos indicadores apresentados *supra* que o parceiro privado apresenta uma performance operacional crescente e margens EBITDA em linha com os valores esperados para o sector, tendo em consideração o carácter mão-de-obra intensivo da atividade, bem como uma estrutura de capitais equilibrada, revelando-se o seu nível de endividamento reduzido face, quer à capacidade de geração de *cash flows* que tem evidenciado, quer ao montante total dos recursos de financiamento. Neste sentido, poder-se-á concluir que a parceria se revela sustentável do ponto de vista do parceiro privado.

3.2.1.2. POSICIONAMENTO RELATIVO DA PARCERIA

151. Neste ponto do Relatório apresentam-se as conclusões da análise de *benchmark* realizada entre o modelo de PPP e o modelo de gestão pública, com vista a responder à “primeira questão central”, e tendo por base os princípios da economia, da eficiência e da eficácia, utilizando-se para tal os dados relativos ao Hospital de Cascais, em regime de PPP, em comparação com os dados de um conjunto de hospitais EPE considerados comparáveis (*cf.* melhor detalhado no Ponto 3.2.1.2.1. do presente Relatório).

3.2.1.2.1. Definição do Grupo de Referência

152. O Contrato de Gestão prevê, para efeitos de (i) avaliação da qualidade dos serviços clínicos do Hospital de Cascais (designadamente através da aplicação de um conjunto de indicadores, utilizados para aferir o desempenho da EGEST), (ii) determinação da remuneração da EGEST e (iii) realização de *benchmarking* quanto ao nível de faturação e de cobrança de receitas a terceiros pagadores (*cf.* n.º 2 da cláusula 49.ª do Contrato de Gestão), que deve a EPC proceder à seleção de um grupo de hospitais comparáveis com o Hospital de Cascais, nos termos e para os efeitos do previsto na sua

cláusula 43.^a, tendo, para tal, em consideração a verificação, cumulativa, de um conjunto de condições estabelecidas no n.º 1 da mesma cláusula 43.^{a70}.

De acordo com o n.º 7 da mesma cláusula, a composição do grupo de referência deverá ser revista pela EPC de dois em dois anos, “(...) *tendo em vista manter a comparabilidade do mesmo com o Hospital de Cascais e assegurar que reflete o desempenho mais eficiente do sector público.*”.

Neste contexto, a EPC identificou um conjunto de 4 unidades hospitalares, que, nos termos previstos no Contrato de Gestão, considerou poderem representar o grupo de referência do Hospital de Cascais⁷¹, tendo sido este grupo aplicado para efeitos contratuais, entre 2009 e 2010.

Não obstante a referida identificação do grupo de referência, não se verificaram consequências práticas deste procedimento, dada a existência de diversos constrangimentos na recolha de informação sobre os indicadores dos hospitais do grupo de referência, necessária para o cálculo dos parâmetros a monitorizar. Estes constrangimentos inviabilizaram, assim, a avaliação de uma parte significativa dos parâmetros de desempenho de resultado definidos no Contrato de Gestão, dada a impossibilidade de avaliação da qualidade dos serviços clínicos (medida pelos referidos parâmetros de desempenho de resultado) do Hospital de Cascais por comparação com a das entidades hospitalares do grupo de referência.

Posteriormente, para os biénios 2012/2013 e 2014/2015, na determinação dos hospitais do grupo de referência, foi apurado unicamente o Hospital de Vila Franca de Xira, também gerido em regime de PPP, uma vez que só este hospital reunia todos os referidos critérios.

⁷⁰ A saber: a) serem dotados de urgência médico-cirúrgica ou outra classificação equivalente; b) possuírem um número de camas situado num intervalo correspondente a menos 25% e a mais 25% do que o número médio de camas instalado no Hospital de Cascais nos dois anos anteriores; c) registarem um número de episódios de internamento situado numa banda de 35% acima ou abaixo da média do número de episódios de internamento do Hospital de Cascais, verificados nos dois anos anteriores; d) registarem um *índice de case-mix* situado numa banda de 10% abaixo ou 25% acima do índice de complexidade médio do Hospital de Cascais, após a conclusão da transferência do estabelecimento hospitalar para o novo edifício hospitalar, verificado nos dois anos anteriores; e) terem pelo menos indicadores para 25% dos parâmetros de desempenho de resultado utilizados para monitorizar a Entidade Gestora do Estabelecimento; e f) pertencerem ao mesmo grupo de financiamento para efeitos de remuneração pela tabela de preços dos hospitais públicos.

⁷¹ Entre 2009 e 2010 o grupo de referência do Hospital de Cascais foi constituído pelo Centro Hospitalar de Torres Vedras, pelo Hospital Reynaldo dos Santos (antigo Hospital de Vila Franca de Xira) e pelas Unidades Locais de Saúde do Baixo Alentejo e do Norte Alentejano.

Sucedede que, e sem prejuízo de o Contrato de Gestão contemplar a possibilidade de o grupo de referência ser constituído por apenas um hospital (*cf.* n.º 4 da cláusula 43.ª), a monitorização dos parâmetros de desempenho de resultado do Hospital de Cascais, relativos ao ano de 2012, por comparação com os do Hospital de Vila Franca de Xira, não foi também realizada dado que, apesar de o novo modelo de gestão deste último hospital, em regime de PPP, ter tido início ainda em junho de 2011, a transferência para o novo edifício hospitalar apenas foi concluída em abril de 2013.

Assim, apenas se afigurou possível no decurso do ano de 2013 remeter à EGEST do Hospital de Cascais toda a informação estabelecida no Apêndice 3 do Anexo V do Contrato de Gestão, aplicando-se na íntegra o contratualmente estabelecido em matéria de acompanhamento do desempenho deste hospital face aos resultados obtidos pelo grupo de referência.

Não obstante, a EGEST do Hospital de Cascais, para além de contestar a comparabilidade dos resultados obtidos nos parâmetros de desempenho de resultado, invocando o facto de o sistema de monitorização do Hospital de Vila Franca de Xira ainda não ter sido objeto de auditoria por parte da EPC (de facto, o sistema de monitorização do Hospital de Vila Franca de Xira, à data, ainda se encontrava em fase de implementação), também contestou a inclusão de um hospital gerido em regime de PPP no respetivo grupo de referência, submetendo esta questão a um processo de mediação de litígios.

Neste contexto, foi solicitada pela ARSLVT a pronúncia da Tutela sectorial, que, sob parecer da ACSS, concluiu “*que os hospitais geridos em regime de PPP não devem ser considerados elegíveis para efeitos de integração nos Grupos de Referência definidos nos termos dos Contratos de Gestão PPP*”⁷².

Em face desta decisão, a avaliação efetuada ao desempenho da EGEST do Hospital de Cascais com referência ao exercício de 2013 foi revista, passando a ter em linha de conta apenas os resultados obtidos pelo Hospital de Cascais, o mesmo sucedendo nos exercícios de 2014 e 2015.

Para o biénio em curso, de 2016/2017, foi apurado como hospital do grupo de referência o Centro Hospitalar Cova da Beira.

Em virtude do exposto, foi pela EPC identificada a necessidade de revisão da metodologia de apuramento dos hospitais do grupo de referência do Hospital de Cascais, a

⁷² *Cfr.* Ofício do Secretário de Estado da Saúde com a referência n.º 10280, de 29 de setembro de 2014.

qual se encontra devidamente explicitada e analisada no Ponto 3.2.1.2.1. do presente Relatório.

Metodologia adotada pela Equipa de Projeto

153. Tomando como premissa que o “grupo de referência” a considerar pela Equipa de Projeto, para efeitos de aferição do *Value for Money* da parceria de Cascais (“**Grupo de Referência EP**”), não tem que ser determinado, impreterivelmente, com base nos critérios definidos no Contrato de Gestão, sobretudo tendo em consideração, como referido *supra*, a sua inaplicabilidade prática, verificada em sede de *execução de facto* do contrato, considera a Equipa de Projeto que se lhe encontra cometida a tarefa de identificação dos critérios que, de acordo com a sua análise, melhor permitem assegurar que as unidades hospitalares selecionadas são efetivamente comparáveis (designadamente tomando por referência os termos de economia, eficiência e eficácia) com o Hospital de Cascais.

Assim, e tendo presente que a aplicação estrita dos critérios definidos no Contrato de Gestão, para determinação do “grupo de referência” do Hospital de Cascais, conduz ao apuramento de um único hospital comparável, foram, numa primeira fase, efetuadas pela Equipa de Projeto diversas simulações de resultados do grupo de referência que seria obtido mediante o alargamento dos critérios contratualmente estabelecidos, em termos do seu valor objetivo, mas circunscritas a esses mesmos critérios, simulações essas que conduziram à obtenção de um conjunto de hospitais que se inserem no grupo B ou no grupo C (ao qual pertence o Hospital de Cascais) definidos de acordo com o modelo atualmente adotado pela ACSS para efeitos de definição dos “grupos de financiamento dos hospitais”/metodologia utilizada no âmbito do *benchmarking* hospitalar.

Enquanto os critérios definidos no Contrato de Gestão do Hospital de Cascais incidem sobretudo sobre as áreas de internamento e de ambulatório cirúrgico (as quais, como referido anteriormente, assumem maior relevância na produção do Hospital de Cascais), a metodologia utilizada pela ACSS baseia-se num conjunto de 22 variáveis, de âmbito mais transversal e abrangente, de forma a permitir uma comparação tão completa quanto possível dos diferentes tipos de atividades desenvolvidos pelos vários hospitais.

Com efeito, o modelo de financiamento dos hospitais e o *benchmarking* efetuado pela ACSS assentam na definição de grupos de financiamento constituídos com recurso a um

exercício de *clustering*, baseado num conjunto de variáveis selecionadas e tratadas, mediante a aplicação do método de análise de componentes principais.

Tendo em vista o agrupamento de hospitais com características estruturais semelhantes, a metodologia da ACSS consiste, assim: **(i)** na identificação de efeitos com impacto na estrutura dos hospitais, designadamente a dimensão (recursos humanos e técnicos disponíveis), a escala (nível de produção nas principais linhas de produção), o ensino (ensino universitário ou internato), o perfil assistencial, a complexidade não captada pelo ICM (casuística de complexidade extrema, exigência em termos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica) e o contexto/estrutura em que se encontra inserido o hospital (características dos edifícios ou da área de influência); **(ii)** na utilização de 22 variáveis de natureza distinta, selecionadas com base numa análise de sensibilidade a um conjunto mais alargado de variáveis disponíveis; **(iii)** no tratamento das variáveis selecionadas, mediante a sua *standardização* (para possibilitar a utilização simultânea de variáveis com naturezas e escalas diferentes) e posterior análise de componentes principais (para eliminação de efeitos de correlação entre variáveis); e, finalmente, **(iv)** na criação dos grupos com base em técnica de *clustering* hierárquico.

154. Em face do exposto e reconhecendo que a metodologia da ACSS **(i)** inclui um conjunto mais abrangente de variáveis do que as previstas no âmbito do Contrato de Gestão, concluindo-se, portanto, que, de acordo com a metodologia da ACSS, se encontram abrangidas não só as dimensões que se pretendem capturar no âmbito do disposto no Contrato de Gestão, mas também outras dimensões, consideradas relevantes para efeitos de verificação de comparabilidade entre os vários hospitais ao nível de todas as áreas de atividade, e **(ii)** considera não só hospitais e centros hospitalares, mas também unidades locais de saúde, a Equipa de Projeto estabeleceu a utilização da seguinte metodologia para efeitos de determinação do Grupo de Referência EP do Hospital de Cascais, a utilizar no seio dos seus trabalhos:

- i) Consideração, como ponto de partida para a seleção, do grupo de hospitais que constituem o “grupo C”, tal como definido no âmbito dos “grupos de financiamento dos hospitais” da ACSS;
- ii) Seleção, dentro do “grupo C”, apenas dos hospitais que possuem “urgência médico-cirúrgica ou outra classificação equivalente” e assunção do grupo daí resultante para efeitos de comparação com o Hospital de Cascais em termos de

indicadores de eficiência e eficácia para a determinação do *Value for Money* da parceria de Cascais;

- iii) Exclusão, no âmbito do cálculo de indicadores de economia e do grupo apurado no ponto anterior, de todas as unidades locais de saúde (“ULS”), uma vez que se considera que, em termos de estrutura de custos, não sendo possível expurgar a atividade referente aos cuidados primários dessas unidades locais de saúde, as mesmas não são comparáveis com o Hospital de Cascais.

Constatando-se que todos os hospitais e unidades locais de saúde incluídos no “grupo C” dos “grupos de financiamento dos hospitais” possuem urgência médico-cirúrgica, do seu conjunto foram, no entanto, para efeitos de definição do “grupo de referência”, excluídos:

- i) O Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, que apesar de legalmente constituído em 2011 apenas iniciou a sua operacionalização em fevereiro de 2012, o que inviabiliza a comparabilidade da informação ao longo de todo o período objeto de análise;
- ii) O Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE⁷³, devido ao facto de em 2015 ter deixado de integrar o Hospital de São José – Fafe, na sequência da sua devolução à Santa Casa da Misericórdia de Fafe, não se garantindo assim também a comparabilidade dos dados para o período em análise no âmbito da determinação do *Value for Money* da parceria de Cascais.

155. Assim, o Grupo de Referência EP do Hospital de Cascais a utilizar pela Equipa de Projeto no seio dos seus trabalhos é constituído pelas seguintes unidades:

- i) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE (“CHBM”)
- ii) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (“CHCB”)
- iii) Centro Hospitalar de Leiria, EPE (“CHLP”)
- iv) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (“CHS”)
- v) Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE (“CHMT”)

⁷³ Até 2015 o Centro Hospitalar Alto Ave, EPE integrava o Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, e o Hospital de São José, Fafe.

- vi) Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE (“CHDV”)
- vii) Hospital Distrital de Santarém, EPE (“HDS”)
- viii) Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE (“CHTS”)
- ix) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (“ULSAM”)
- x) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (“ULSM”)
- xi) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (“ULSBA”)
- xii) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (“ULSNA”)

Adicionalmente, no âmbito da aferição do *Value for Money* da parceria de Cascais e tendo em vista a análise da efetividade do modelo de gestão privada do serviço público em face do modelo público de gestão dos hospitais EPE e a comparação do desempenho entre sociedades gestoras dos contratos PPP em execução, o desempenho do Hospital de Cascais em termos de indicadores de eficiência e eficácia será também analisado por comparação ao Hospital de Loures (“HBA PPP”), que, à semelhança do Hospital de Cascais, se encontra também em regime de PPP e incluído no “grupo C” do *benchmarking* hospitalar da ACSS.

Breve apresentação das entidades hospitalares consideradas no Grupo de Referência EP

156. Apresenta-se, de seguida, um resumo das principais características dos hospitais/centros hospitalares e das unidades locais de saúde que constituem o Grupo de Referência EP do Hospital de Cascais, bem como deste último e do Hospital de Loures, com referência ao final do ano de 2015.

Quadro 27 – Principais características dos hospitais Grupo de Referência EP

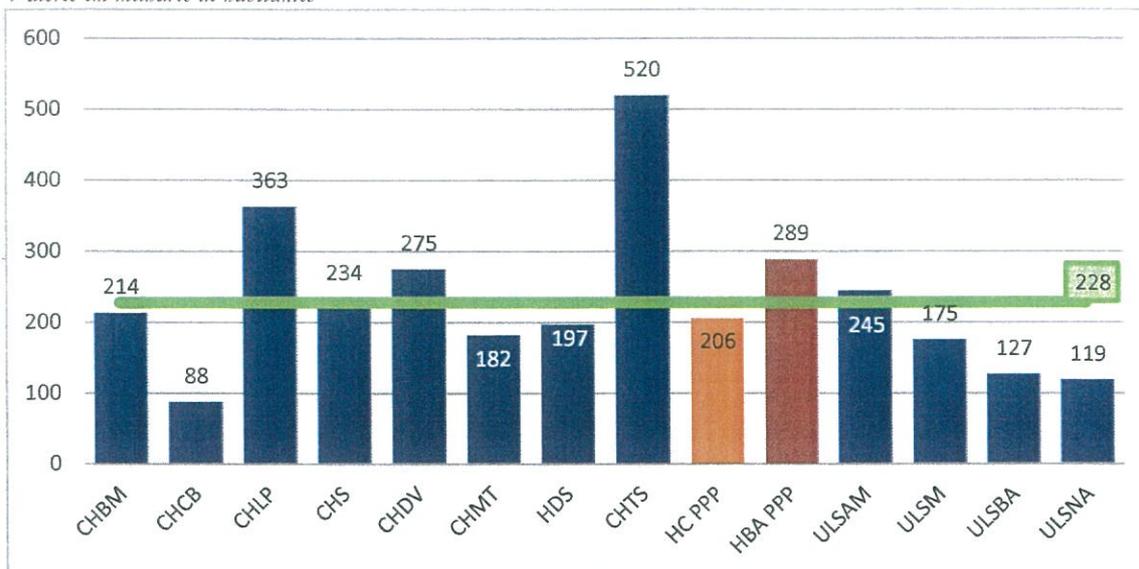
Grupo de Referência Ano 2015	Lotação Praticada	Nº Habitantes	Nº freguesias	Unidades Hospitalares	Tipo de Urgência	ICM (APr31)		
						Internamento	Amb. Cirúrgico	Amb. Médico
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	347	213.584	16	• Hospital do Montijo • Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Médico-Cirúrgico Básica	0,80	0,65	0,21
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	288	87.869	48	• Hospital Pêro da Covilhã • Hospital do Fundão	Médico-Cirúrgico	0,79	0,69	0,20
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	557	363.404	61	• Hospital de Pombal • Hospital Santo André - Leiria • Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Médico-Cirúrgico Básica	0,77	0,64	0,21
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	380	233.516	12	• Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Setúbal • Hospital S. Bernardo - Setúbal	Médico-Cirúrgico	0,89	0,68	0,20
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	371	274.856	57	• Hospital São João da Madeira • Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis • Hospital São Sebastião - Santa Maria da Feira	Médico-Cirúrgico Básica	0,83	0,64	0,21
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	377	182.067	80	• Hospital Doutor Manoel Constâncio - Abrantes • Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar • Hospital Rainha Santa Isabel - Torres Novas	Médico-Cirúrgico Básica	0,76	0,63	0,21
Hospital Distrital de Santarém, EPE	372	196.620	57	• Hospital Distrital de Santarém	Médico-Cirúrgico	0,77	0,68	0,20
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	437	519.769	195	• Hospital Padre Américo - Vale do Sousa • Unidade Hospitalar de Amarante	Médico-Cirúrgico Básica	0,81	0,66	0,19
Hospital de Cascais, PPP	277	206.479	4	• Hospital de Cascais	Médico-Cirúrgico	0,82	0,65	0,20
Hospital de Loures, PPP	442	288.883	17	• Hospital Beatriz Ângelo	Médico-Cirúrgico	0,88	0,67	0,20
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	408	244.836	208	• Serviço de Urgência Básica de Ponte de Lima • Hospital do Conde de Bertiandos - Ponte de Lima • Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo • Serviço de Urgência Básica de Monção • Unidade de Convalescença de Valença • Unidade de Convalescença de Arcos de Valdevez	Médico-Cirúrgico Básica	0,86	0,63	0,21
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	348	175.478	4	• Hospital Pedro Hispano	Médico-Cirúrgico	0,94	0,64	0,20
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	215	126.692	62	• Hospital José Joaquim Fernandes - Beja • Serviço de Urgência Básica de Castro Verde • Serviço de Urgência Básica de Moura	Médico-Cirúrgico Básica	0,76	0,61	0,21
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE	233	118.506	69	• Hospital de Santa Luzia de Elvas • Hospital Doutor José Maria Grande - Portalegre • Serviço de Urgência Básica de Ponte de Sor	Médico-Cirúrgico Básica	0,84	0,59	0,21

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

157. A área de influência de cada uma das unidades do Grupo de Referência EP, bem como do Hospital de Cascais e do Hospital de Loures, encontra-se ilustrada no gráfico seguinte, constatando-se que o número de habitantes que constituem a área de influência de cada um desses hospitais, varia entre os 88 mil habitantes do Centro Hospitalar Cova da Beira e os 520 mil habitantes do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa. Em face do valor da média dos hospitais e unidades locais de saúde, de 228 mil habitantes, o Hospital de Cascais tem uma área de influência ligeiramente inferior, constituída por cerca de 206 mil habitantes.

Gráfico 51 – Área de Influência

Valores em milhares de habitantes

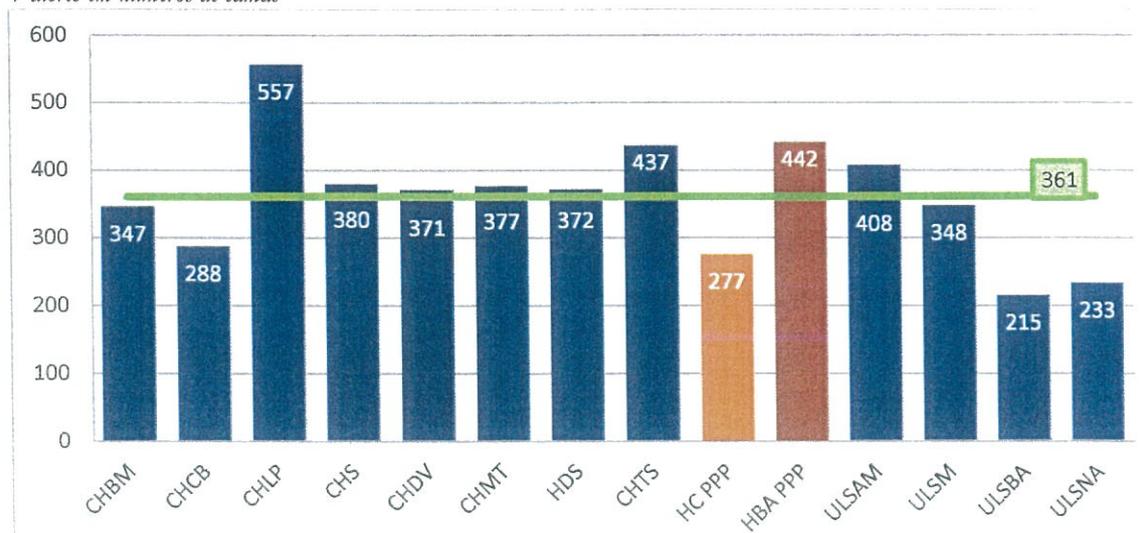


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

158. No que concerne à lotação praticada pelos hospitais do Grupo de Referência EP, verifica-se que o seu número médio de camas é de 361 camas, apresentando a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo o menor número de camas de todo o grupo, com 215, e o Centro Hospitalar de Leiria, o maior número de camas, com 557, no final de 2015. A lotação do Hospital de Cascais, em 2015, foi de 277 camas, valor este que se encontra ligeiramente abaixo da média dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP.

Gráfico 52 – Lotação praticada em 2015

Valores em números de camas

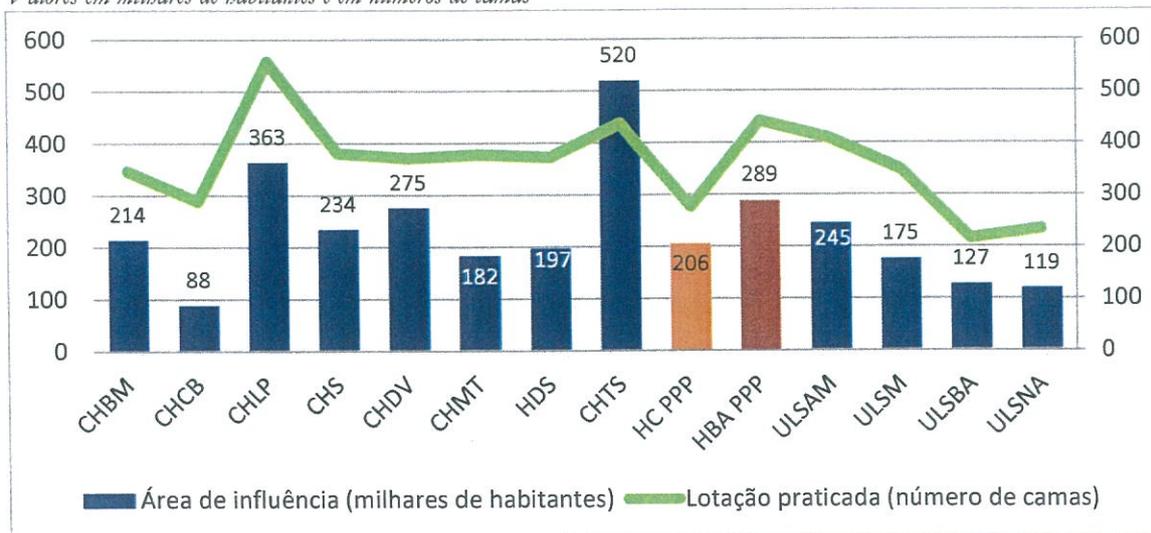


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Da análise conjunta de ambos os indicadores, área de influência e lotação praticada, conclui-se que o número de camas é relativamente proporcional ao número de habitantes da área de influência (cerca de 0,6 camas/mil habitantes em média), com exceção do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, cuja lotação por habitante é inferior à verificada nos restantes hospitais.

Gráfico 53 – Área de influência vs. Lotação praticada em 2015

Valores em milhares de habitantes e em números de camas

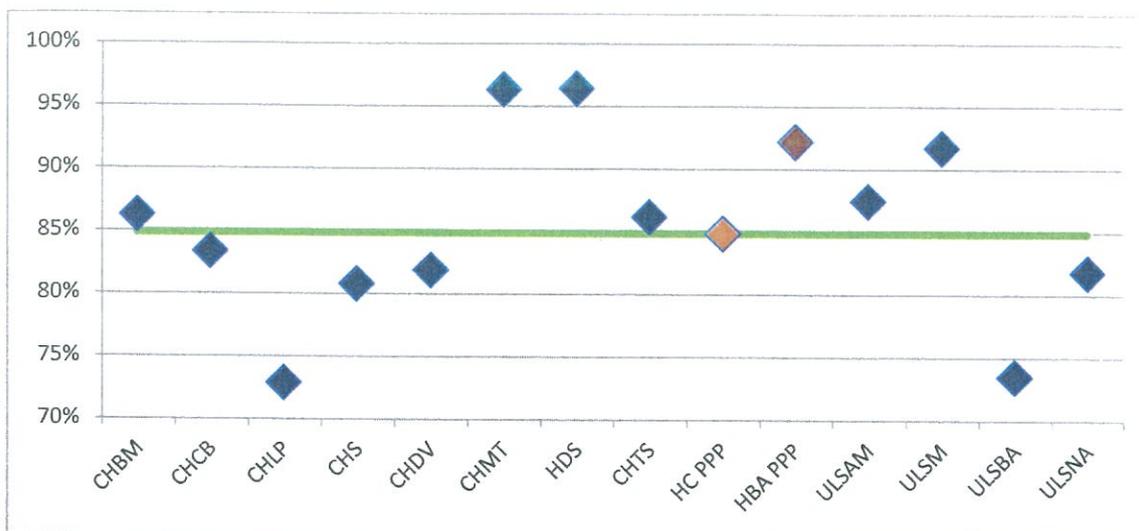


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

159. Relativamente à taxa de ocupação, verifica-se que no caso do Hospital de Cascais esta apresenta-se em linha com a média do Grupo de Referência EP, cifrando-se em torno dos 85% em 2015, salientando-se que a mesma tem vindo a apresentar uma melhoria desde 2012.

(Handwritten signatures and initials)

Gráfico 54 – Taxa de ocupação de 2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

160. Relativamente ao perfil assistencial, apresentado no quadro seguinte, importa salientar que, em média, o conjunto de hospitais do Grupo de Referência EP conta com uma carteira de serviços composta por 30 especialidades, apresentando-se o Hospital de Cascais como o hospital com o menor número de especialidades (com 19).

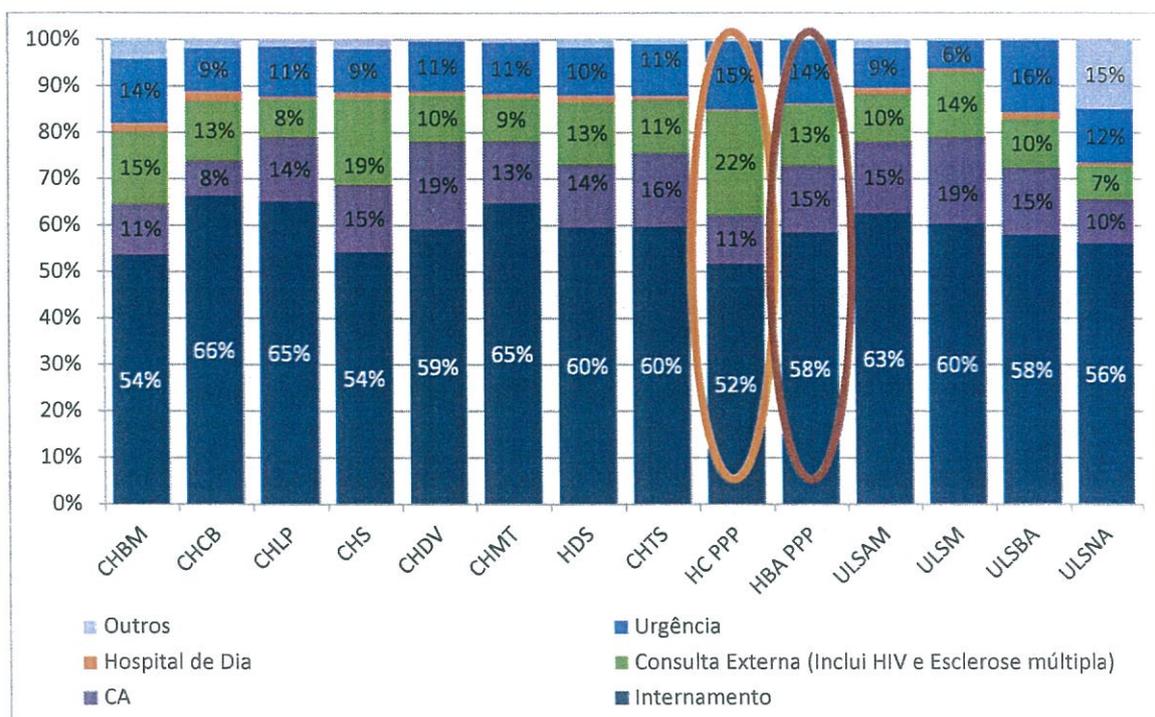
Quadro 28 – Principais características dos hospitais Grupo de Referência EP

Perfil assistencial	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHDV	CHMT	HDS	CHTS	HC PPP	HBA PPP	ULSAM	ULSM	ULSBA	ULSNA
Anestesiologia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Angiologia e Cirurgia Vascular	x	x	x	x	x	x	v	v	x	v	x	x	x	x
Cardiologia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Cardiologia Pediátrica	x	v	x	v	x	v	v	x	x	x	x	x	v	v
Cirurgia Cardio- Torácica	x	v	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cirurgia Geral	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Cirurgia Pediátrica	v	x	x	v	x	v	x	x	x	x	x	x	x	x
Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	v	v	x	v	v	v	v	v	x	v	x	v	x	x
Consulta Externa - Sub-Categorias	v	v	v	v	v	v	v	v	x	x	v	v	v	v
Dermatologia	x	x	x	x	x	x	x	x	v	x	x	x	x	x
Dermato-Venereologia	v	v	v	v	x	v	v	x	x	v	v	v	x	x
Doenças Infecciosas (Infecciologia)	v	v	x	v	x	v	x	x	x	v	x	v	x	x
Endocrinologia e Nutrição	v	x	v	v	v	x	x	v	x	v	v	v	x	x
Estomatologia	x	v	v	v	x	x	x	v	x	x	v	v	x	x
Gastroenterologia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	x	x
Genética Médica	x	v	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ginecologia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Hematologia Clínica	x	v	v	v	x	x	x	x	x	x	v	v	v	x
Imuno-Alergologia	x	v	v	v	x	x	x	x	x	v	v	v	x	x
Imuno-Hemoterapia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Medicina Dentária	x	x	x	x	x	x	x	v	x	x	x	x	x	x
Medicina do Trabalho	v	v	x	v	v	v	v	v	x	x	v	x	v	v
Medicina Física e Reabilitação;	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Medicina Geral e Familiar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	v	v	v
Medicina Interna	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Neurocirurgia	x	x	v	x	x	x	v	x	x	v	x	x	x	x
Nefrologia	x	v	x	v	x	v	v	x	x	v	x	v	x	x
Neurologia	v	v	v	v	v	x	v	v	v	v	v	v	v	x
Obstetrícia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Oftalmologia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Oncologia Médica	v	v	v	v	v	v	v	x	x	v	v	v	v	v
Ortopedia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Otorrinolaringologia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Patologia Clínica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	v	x	x	v	v
Pediatria	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Pneumologia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Psiquiatria	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Psiquiatria da Infância e Adolescência	v	v	v	v	v	x	v	v	x	v	v	v	v	v
Radioncologia	v	x	x	x	x	x	v	x	x	x	x	x	x	x
Reumatologia	x	v	x	x	v	v	x	x	x	v	v	x	x	x
Saúde Pública	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	v	v	v
Urologia	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	x	v	v	v
Bercário	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v
Especialidades IPO	v	v	x	x	x	v	x	x	x	x	x	x	x	x
Neonatologia	v	v	v	v	v	v	v	v	x	x	v	v	v	v
U. Cuidados Intensivos	v	v	v	v	v	v	v	v	x	v	v	v	v	v
U. Cuidados Intermédios	v	v	v	v	v	x	x	x	x	v	v	v	v	v
Número de especialidades	32	37	30	35	28	29	32	28	19	32	30	34	29	27

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

161. Através do gráfico seguinte, que apresenta o peso médio relativo de cada linha de produção, para o período compreendido entre 2011 e 2015, constata-se que o internamento corresponde à linha de produção com maior importância para todos os hospitais analisados, seguindo-se-lhe a cirurgia de ambulatório, a consulta externa (incluindo a produção relativa ao protocolo do VIH/SIDA e a produção de esclerose múltipla) e a urgência. As restantes linhas de produção, hospital de dia e outros (onde se incluem todas as restantes linhas) assumem, assim, pouca expressão face ao total da produção (quando medida em doente padrão).

Gráfico 55 – Produção por linha de atividade em termos médios (2011-2015)



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS e adaptada pela Equipa de Projeto, em linha com o conceito de doente padrão adotado.

162. Para efeitos de assegurar a comparabilidade entre o Hospital de Cascais e o Grupo de Referência EP, e assim ser possível analisar o posicionamento relativo da PPP face às demais unidades, designadamente sob os princípios da economia, da eficácia e da eficiência, a Equipa de Projeto sentiu necessidade de efetuar alguns ajustamentos aos dados operacionais, destacando-se designadamente:

- As unidades de medida da produção. Com efeito, a produção das diferentes áreas de atividade é medida com base em métricas diferentes, não sendo

possível, portanto, calcular o valor total da produção de um hospital através da mera soma algébrica da produção das diferentes áreas. Neste sentido, foi necessário recorrer ao cálculo do doente padrão, conforme melhor descrito no Ponto seguinte do presente Relatório;

- No caso das áreas de internamento e de ambulatório, e tal como referido no n.º 110 do presente Relatório, os episódios são classificados em GDH, através do recurso a um agrupador. Enquanto no caso dos hospitais EPE a produção está a ser agrupada, desde 1 de janeiro de 2015, através do agrupador “All Patient Refined DRG 31” (“APR31”)⁷⁴, no Hospital de Cascais⁷⁵ é utilizado o agrupador AP21”. Assim, a Equipa de Projeto identificou a necessidade de harmonizar estes critérios, conforme melhor se descreve no Ponto seguinte do presente Relatório.

3.2.1.2.2. Cálculo do doente padrão

Critérios para o cálculo do doente padrão do Grupo de Referência EP

163. O doente padrão é a métrica utilizada, pela ACSS, para agregar a atividade hospitalar das várias linhas de produção (que tal como referido é medida através de métricas diferentes), numa única unidade de produção num determinado ano. A ACSS utiliza esta métrica com o objetivo de comparar indicadores de eficiência entre várias entidades hospitalares.

A fórmula de cálculo, subjacente ao cálculo do doente padrão, que a ACSS utiliza é a que seguidamente se apresenta:

$$f(dp) n = \sum_{k=1}^{\infty} \left[\frac{\text{Produção } k * \text{Preço } k}{\text{Preço base } n} \right] + \sum_{l=1}^{\infty} \left[\frac{\text{Produção } l * \text{ICM } l * \text{Preço } l}{\text{Preço base } n} \right]$$

⁷⁴ O agrupador de tipo APR mantém as mesmas GCD e cria subclasses em cada GDH, tendo em consideração as diferenças existentes nos doentes quanto à severidade da doença e ao risco de mortalidade, onde: (i) severidade da doença é entendida como a extensão de uma descompensação fisiológica ou da perda de funções de um órgão, 4 subclasses; e (ii) risco de mortalidade é entendido como a probabilidade de ocorrer a morte do doente, 4 subclasses.

⁷⁵ Bem como nos demais hospitais em regime de PPP.

Em que:

n = ano em vigor;

k = linhas de produção, com exceção da linha de produção do internamento e ambulatório;

l = linhas de produção, do internamento e do ambulatório;

Preço base n = preço base do SNS em vigor para o internamento no ano n .

Assim, o cálculo do doente padrão apurado pela ACSS, tem em consideração, por um lado, a produção hospitalar das diversas linhas de atividade que compõem a atividade do hospital e, por outro lado, o respetivo preço das mesmas, tendo por referência as tabelas de preços em vigor em cada ano, considerando, como preço base, o preço do internamento, em vigor também nesse ano.

164. A Equipa de Projeto considerou que esta metodologia, apesar de obviamente válida, apresenta algumas limitações para o caso em apreço, uma vez que não permite comparações ao longo de uma série temporal, permitindo apenas posicionar os vários hospitais dentro do seu grupo, em termos relativos, num determinado ano.

Assim, optou a Equipa de Projeto por considerar uma metodologia alternativa, de forma a ultrapassar a limitação identificada. Neste sentido, ao invés de se considerar para cada ano preços por atividade diferentes e um preço base também diferente, optou-se por assumir o cálculo do doente padrão **(i)** tendo por base os mesmos preços para todos os anos (no caso, os preços contratualizados para os hospitais EPE em 2015), e **(ii)** assumindo sempre o mesmo preço base (de 2015) para todos os anos. Considera-se que esta metodologia alternativa tem a vantagem de permitir comparações simultaneamente verticais (dentro do mesmo grupo para um determinado ano) e horizontais (entre vários anos).

Por outro lado, a metodologia da ACSS, ao basear-se nos preços do SNS contratualizados, para cada ano, apresenta uma limitação adicional, ultrapassada com a metodologia da Equipa de Projeto. Com efeito, o facto de não terem existido em todos os anos preços contratualizados para todas as linhas de produção implicou que nos anos em que não existiu preço para uma determinada linha, essa linha não foi considerada para efeitos de cálculo do doente padrão. No caso da metodologia da Equipa de Projeto, ao considerar-se, para todos os anos, os preços contratualizados para 2015, conseguiu-se

maximizar o número de linhas de produção incluído no cálculo do referido indicador, sendo convicção da Equipa de Projeto que, desta forma, se consegue uma visão mais aderente à realidade da carteira de serviços das entidades hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP.

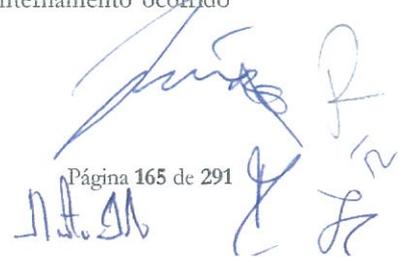
Adicionalmente, em termos de valores de produção de internamento e ambulatório (mensurado em doentes equivalentes⁷⁶), a ACSS utiliza os valores calculados através do agrupador APR31 e utiliza os dados do “SICA”, enquanto a Equipa de Projeto, por indicação da ACSS, optou por utilizar os dados (de produção e de ICM) calculados internamente pela ACSS, a partir da Base de Dados de GDH’s reportada pelos vários hospitais, considerando (i) o agrupador AP21, (ii) o ICM desagregado (em linha com as regras de cálculo da remuneração no caso dos EPE), e (iii) os conceitos de internamento e de ambulatório que vigoram para os hospitais EPE (considerando as 24 horas e não a pernoita como no caso do Hospital de Cascais).

As principais linhas de produção consideradas no cálculo do doente padrão são o ambulatório e o internamento (mensurados em doentes equivalentes), as consultas externas (mensuradas em número de consultas), as urgências (mensuradas em número de urgências), o hospital de dia (mensurado em número de sessões), entre outras, sendo importante notar que poderão não se encontrar consideradas todas as linhas de produção que cada hospital possui.

Assim, tendo por base as diferenças identificadas *supra*, importa salientar os principais pressupostos subjacentes ao cálculo do doente padrão segundo a metodologia da Equipa de Projeto:

- Preços:
 - Utilizaram-se os preços contratualizados para os hospitais EPE, para cada linha de produção, referentes ao ano de 2015, tendo os mesmos sido utilizados para todos os anos da análise (2011-2015);
 - O preço base considerado foi o preço contratualizado para o internamento no caso dos hospitais EPE, em 2015.
- Produção de internamento e ambulatório:

⁷⁶ Correspondem aos episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios, classificados em GDH tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH.



- Foram calculados os valores de doente equivalente considerando o agrupador AP21 para todos os hospitais (os hospitais EPE foram convertidos de APR31 para AP21⁷⁷, de forma a que o exercício fosse comparável entre todos os hospitais do Grupo de Referência EP);
 - Foi considerado o valor do ICM desagregado por área de atividade;
 - Foram considerados os conceitos de ambulatório e de internamento em vigor nos hospitais EPE;
 - Importa notar que não foram, assim, usados os dados de produção disponibilizados pela ARSLVT, mas antes a informação remetida pela ACSS, tendo por referência a Base de Dados de GDH's, sob as regras EPE.
- Para as restantes linhas de produção:
 - No caso do Hospital de Cascais foram considerados os dados reais disponibilizados pela ARSLVT;
 - Para o Grupo de Referência EP foram considerados os dados do “SICA” (dados usados para efeitos do cálculo do doente padrão da ACSS), disponibilizados pela ACSS.

A metodologia da Equipa de Projeto permite, assim, *(i)* comparações entre os diversos hospitais e ao longo dos vários anos, *(ii)* ao usar os preços de 2015 dos hospitais EPE, maximizar o número de linhas de atividade consideradas no cálculo do doente padrão (uma vez que o número de linhas de produção com preços contratualizados tem vindo a aumentar), e *(iii)* harmonizar os diversos conceitos de produção incluídos no cálculo, conseguindo-se, assim, uma visão mais aderente à realidade da carteira de serviços das entidades hospitalares que constituem o Grupo de Referência EP.

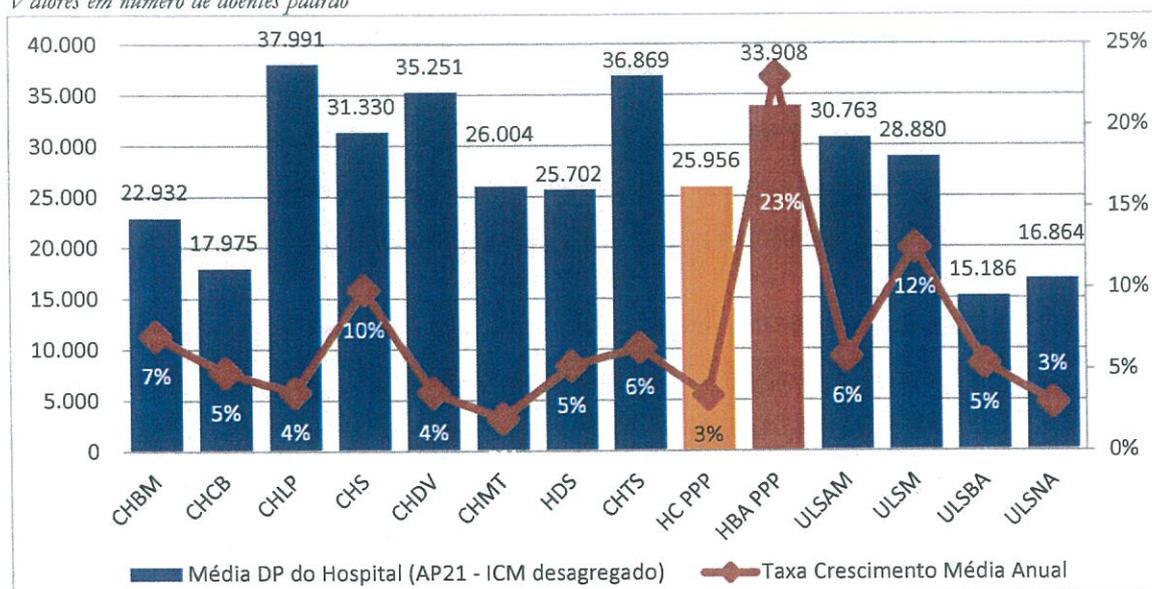
165. No gráfico seguinte é apresentado o doente padrão médio para os hospitais do Grupo de Referência EP (AP21) entre o ano de 2011 e 2015 e respetiva variação. Tal como

⁷⁷ O agrupador de tipo All Patient (AP) caracteriza-se por subdividir os episódios em 26 Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD), exclusivas entre si, e que correspondem a um sistema orgânico ou etiologia estando, geralmente, associadas a uma especialidade médica em particular. Considera ainda, para alguns GDH, 3 níveis de complexidade: i) sem Complicações ou Comorbilidades, ii) com Complicações ou Comorbilidades e iii) com Complicações ou Comorbilidades major. Em alguns GDH é ainda feita uma partição de idade (>17 anos e <18 anos).

se pode constatar, o Hospital de Loures é aquele que apresenta a maior taxa de crescimento do doente padrão (23%), por via essencialmente do início da prestação de serviços apenas no decorrer de 2012.

Gráfico 56 – Doentes padrão (AP21) e respetiva taxa de crescimento (2011 a 2015)

Valores em número de doentes padrão



Nota 1: O cálculo do doente padrão teve por base o ICM desagregado.

Nota 2: No Hospital Loures PPP a taxa de crescimento foi calculada entre 2012 e 2015.

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

3.2.1.2.3. Análise da economia em termos relativos face ao Grupo de Referência EP

166. O objetivo do presente capítulo é avaliar a economia da PPP do Hospital de Cascais, através da análise detalhada dos encargos suportados pelo parceiro público com a PPP Hospital de Cascais em relação aos custos do Grupo de Referência EP, utilizando o indicador de custo por doente padrão, recalculado tanto para o Hospital de Cascais como para o Grupo de Referência EP, com base no agrupador AP21 e no ICM desagregado.

A metodologia utilizada para a análise da economia (relativa) do Hospital de Cascais teve por base os seguintes pontos:

- I. Cálculo dos custos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP para efeitos da presente análise, isto é, excluindo os custos relativos à componente

infraestrutural de todas as rubricas de custos operacionais, incluindo depreciações e amortizações;

- II. Cálculo dos custos operacionais, ajustados para efeitos da presente análise de acordo com o ponto I, por doente padrão (conforme explicado no Ponto 3.2.1.2.2. do presente Relatório). Este indicador permite criar uma medida estandardizada, permitindo a comparabilidade dos resultados entre o Hospital de Cascais e os hospitais do Grupo de Referência EP;
- III. Cálculo da remuneração do Hospital de Cascais (encargos atualmente suportados pelo parceiro público, acrescidos da remuneração por conta de terceiros pagadores e taxas moderadoras⁷⁸) por doente padrão;
- IV. Comparação entre a remuneração do Hospital de Cascais por doente padrão e os custos operacionais, ajustados para efeitos da presente análise de acordo com o ponto I, dos hospitais do Grupo de Referência EP, também por doente padrão, de forma a, assim, aferir a economia (relativa) da PPP⁷⁹. No caso do Hospital de Cascais, a análise tem em conta a remuneração, e não os encargos suportados pelo parceiro público, de forma a ser comparável com os custos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, já que estes custos incluem toda a operação coberta por transferências do Estado Português, terceiros pagadores e taxas moderadoras;
- V. Num segundo momento, cálculo do financiamento do Hospital de Cascais e dos hospitais do Grupo de Referência EP (considerando, para tal, as transferências do Estado para estes hospitais), por doente padrão; e
- VI. Comparação entre o financiamento por doente padrão do Hospital de Cascais com o mesmo indicador para os hospitais do Grupo de Referência EP.

⁷⁸ De forma a garantir a comparabilidade com o caso dos Hospitais EPE, onde se consideraram todos os custos operacionais.

⁷⁹ Para a aferição da economia (relativa) da PPP, em termos absolutos, multiplicou-se o diferencial de custos por doente padrão, obtido nos termos deste ponto IV, pelo montante total de doentes padrão do Hospital de Cascais.

167. No quadro que se segue apresentam-se os custos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP para o período 2011 – 2015, detalhados pelas rubricas de (i) CMVMC, (ii) FSE, (iii) Gastos com o pessoal, (iv) depreciações e amortizações e (v) outros gastos e perdas operacionais. Para efeitos da presente análise, foram excluídos das rubricas apresentadas os custos estimados relativos à componente infraestrutural.

Quadro 29 – Custos operacionais do Grupo de Referência EP(2011-2015)

Valores em milhares de euros

	2011							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	20.663	12.293	n.a.	34.698	20.775	19.543	22.404	15.761
FSE	12.668	9.814	n.a.	14.980	12.179	20.703	12.163	13.987
Gastos com o pessoal	45.733	33.740	n.a.	54.054	47.100	51.596	39.728	44.911
Depreciações e amortizações	2.693	905	n.a.	1.627	2.214	1.456	1.466	1.384
Outros gastos e perdas operacionais	81	134	n.a.	378	199	229	89	319
Total de custos operacionais	81.838	56.886	n.a.	105.737	82.467	93.528	75.850	76.362

	2012							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	18.011	11.241	16.364	30.011	19.014	15.234	21.488	15.338
FSE	11.001	10.015	15.762	13.218	11.273	17.253	12.995	14.749
Gastos com o pessoal	42.524	32.468	42.024	50.780	45.852	45.404	38.158	43.456
Depreciações e amortizações	2.297	618	2.107	1.623	1.976	1.037	1.471	1.219
Outros gastos e perdas operacionais	685	129	290	465	288	238	147	284
Total de custos operacionais	74.517	54.470	76.546	96.097	78.404	79.166	74.259	75.046

	2013							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	16.818	11.130	15.246	30.471	18.721	14.060	19.482	15.099
FSE	10.653	10.542	15.155	12.274	10.387	16.010	12.508	14.105
Gastos com o pessoal	42.843	32.453	44.981	51.420	46.040	45.070	37.972	43.708
Depreciações e amortizações	1.732	470	2.208	1.596	1.710	847	1.399	1.497
Outros gastos e perdas operacionais	90	72	297	271	355	232	303	1.435
Total de custos operacionais	72.137	54.667	77.887	96.032	77.213	76.219	71.665	75.845

	2014							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	16.600	11.199	18.025	29.940	19.138	13.664	17.985	15.122
FSE	10.478	10.454	15.419	12.580	10.546	15.560	12.442	13.730
Gastos com o pessoal	41.683	32.463	47.273	51.408	44.973	43.712	37.662	43.415
Depreciações e amortizações	1.276	561	2.150	1.739	1.455	853	1.117	1.553
Outros gastos e perdas operacionais	300	42	169	578	99	584	575	598
Total de custos operacionais	70.337	54.719	83.036	96.244	76.209	74.374	69.781	74.419

	2015							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
CMVMC	17.509	11.669	20.046	32.500	19.255	14.319	20.708	16.282
FSE	10.900	10.254	16.198	14.507	11.350	16.688	14.265	14.430
Gastos com o pessoal	42.218	32.763	49.232	52.350	46.212	43.174	39.195	45.271
Depreciações e amortizações	1.070	607	2.242	1.608	1.388	803	1.055	1.464
Outros gastos e perdas operacionais	375	175	254	645	126	483	1.574	617
Total de custos operacionais	72.071	55.468	87.972	101.611	78.331	75.467	76.797	78.065

Nota: Os valores do CMVMC, dos FSE e dos Gastos com Pessoal apresentados excluem os encargos estimados relativamente à componente infraestrutural, tendo por base a média, para cada uma destas três componentes de custos, dos pesos do "Total de Serviço de Instalações e Equipamento" face aos custos constantes da "Listagem Global de Valências", verificada para os hospitais do Grupo de Referência EP no período compreendido entre 2006 e 2008, inclusive (CMVMC: 2%; FSE: 9% e Gastos com Pessoal: 1%), informação constante da Base de Dados dos Elementos Analíticos da ACSS (<http://www.acss.min-saude.pt/bdea/>). Os valores de depreciações e amortizações apresentados excluem, quando aplicável, os montantes relativos a edifícios, outros equipamentos administrativos e não especificados, taras, ferramentas e utensílios e ativos fixos intangíveis. Os montantes de outros gastos operacionais excluem as correções relativas a exercícios anteriores.

Fonte: R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE.

168. No quadro seguinte, apresentam-se os custos por doente padrão, de forma a calcular, para cada hospital que integra o Grupo de Referência EP, o indicador *custos operacionais por doente padrão*. Os valores assinalados a encarnado e a verde representam os valores mais elevados e os valores mais baixos, respetivamente, para cada ano.

Quadro 30 – Total de custos operacionais por doente padrão (2011-2015)

	2011							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	81.838	56.886	n.a.	105.737	82.467	93.528	75.850	76.362
N.º de doentes padrão	19.358	15.804	n.a.	25.022	32.261	24.660	22.368	32.117
Custos operacionais por doente padrão	4.228 €	3.599 €	n.a.	4.226 €	2.556 €	3.793 €	3.391 €	2.378 €
	2012							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	74.517	54.470	76.546	96.097	78.404	79.166	74.259	75.046
N.º de doentes padrão	19.702	16.305	33.539	27.647	31.792	24.128	23.892	34.034
Custos operacionais por doente padrão	3.782 €	3.341 €	2.282 €	3.476 €	2.466 €	3.281 €	3.108 €	2.205 €
	2013							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	72.137	54.667	77.887	96.032	77.213	76.219	71.665	75.845
N.º de doentes padrão	25.179	19.249	38.603	33.609	37.789	27.849	27.374	37.813
Custos operacionais por doente padrão	2.865 €	2.840 €	2.018 €	2.857 €	2.043 €	2.737 €	2.618 €	2.006 €
	2014							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	70.337	54.719	83.036	96.244	76.209	74.374	69.781	74.419
N.º de doentes padrão	24.983	19.448	40.576	33.913	37.309	26.712	27.475	39.331
Custos operacionais por doente padrão	2.815 €	2.814 €	2.046 €	2.838 €	2.043 €	2.784 €	2.540 €	1.892 €
	2015							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	72.071	55.468	87.972	101.611	78.331	75.467	76.797	78.065
N.º de doentes padrão	25.439	19.069	41.343	36.460	37.104	26.670	27.402	41.049
Custos operacionais por doente padrão	2.833 €	2.909 €	2.128 €	2.787 €	2.111 €	2.830 €	2.803 €	1.902 €

Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

169. No quadro *infra* apresentam-se os encargos suportados pelo parceiro público com a PPP de Cascais e a remuneração total do parceiro privado para o período compreendido entre 2011 e 2015, numa base económica. Note-se que a rubrica relativa a “Total dos encargos do SNS com a PPP de Cascais” não inclui a remuneração recebida pela EGEST relativa a terceiros pagadores e a taxas moderadoras.

Quadro 31 – Remuneração da EGEST*Valores em milhares de euros*

Repartição dos Encargos da EGEST do Hospital de Cascais suportados pelo SNS	2011	2012	2013	2014	2015
Contrato de Gestão - Parcela a cargo do SNS (90%)	39.533	38.543	45.991	46.894	47.713
Contrato de Gestão - Pagamento de reconciliação	7.662	9.045	8.032	8.748	5.771
Sub-total do Contrato de Gestão	47.195	47.588	54.023	55.642	53.484
Protocolo HIV	10.775	12.178	11.406	11.021	9.658
RNCCI	28	32	19	15	22
Interrupção voluntária da gravidez	316	334	-	-	-
Medicamentos de dispensa obrigatória em Farmácia Hospitalar	(140)	497	386	636	576
Transplantes e Colheita Órgãos	-	-	-	-	4
Programa Centralizado Hepatite C	-	-	-	-	541
Assistência Médica no Estrangeiro	-	-	-	-	4
Ajudas Técnicas	18	10	3	-	5
Facturação de MCDT pela ARS	-	-	13	-	-
Dívida do CHC ao HPP	-	54	-	-	-
Multas	(581)	-	(202)	(211)	-
Total dos encargos do SNS com a PPP de Cascais	57.610	60.692	65.648	67.102	64.293
Variação anual (%)		5%	8%	2%	-4%

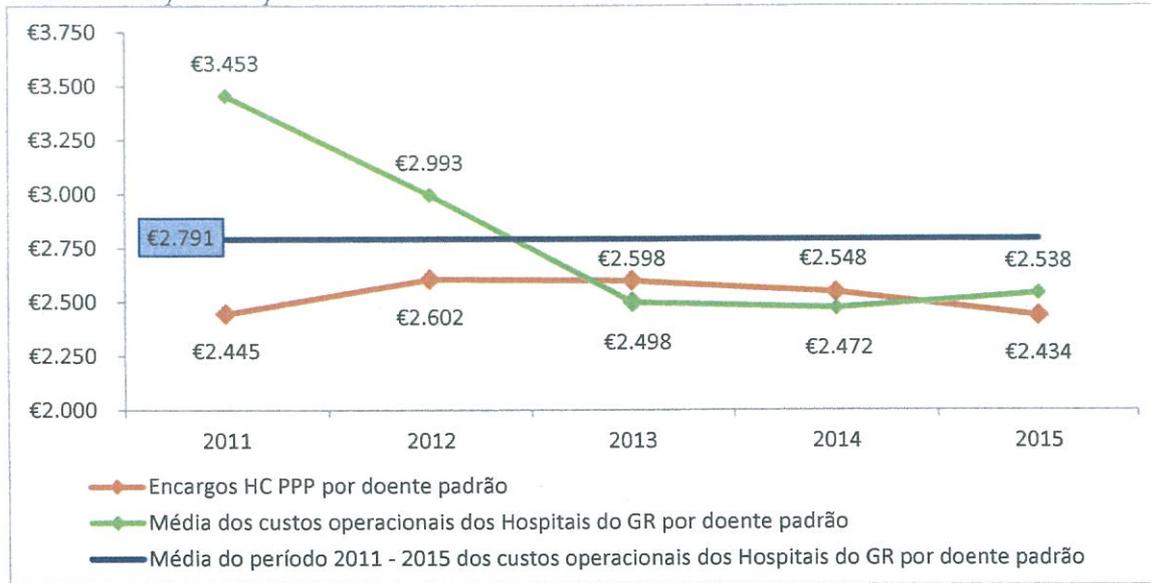
Repartição dos Encargos da EGEST do Hospital de Cascais por tipo de pagador	2011	2012	2013	2014	2015
SNS	57.610	60.692	65.648	67.102	64.293
Terceiros pagadores	1.031	805	718	711	1.347
Taxas moderadoras	776	1.369	1.636	1.892	1.984
Total da remuneração da PPP de Cascais	59.417	62.867	68.002	69.705	67.625

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

170. Seguidamente é apresentada a relação entre a remuneração da PPP de Cascais por doente padrão e a média dos custos operacionais por doente padrão do Grupo de Referência EP. Com base nesta análise é possível concluir que o custo por doente padrão da PPP de Cascais para o parceiro público afigura-se inferior à média dos custos efetivos por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, para todo o período compreendido entre 2011 e 2015, ascendendo o valor da poupança média anual (considerando o total de doentes padrão) a cerca de 6,4 M€.

Gráfico 57 – Encargos por doente padrão (2011-2015)

Valores em euros por doente padrão



Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

No quadro *infra*, apresenta-se a mesma informação do gráfico anterior mas detalhada por hospital do Grupo de Referência EP e com as estimativas de poupança média anual da PPP de Cascais, face aos hospitais do Grupo de Referência EP. Similarmente pode concluir-se que a diferença total média entre os encargos do modelo PPP do Hospital de Cascais e aqueles que decorreriam caso fossem considerados os custos por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, no período compreendido entre 2011 e 2015, permite concluir pela existência de uma poupança total gerada pela PPP, na ordem dos 29 M€.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

Quadro 32 – Poupança média anual (2011-2015)

		2011								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos anuais ('000€)		59.417	81.838	56.886	n.a.	105.737	82.467	93.528	75.850	76.362
N.º de doentes padrão		24.299	19.358	15.804	n.a.	25.022	32.261	24.660	22.368	32.117
Encargos por doente padrão		2.445 €	4.228 €	3.599 €	n.a.	4.226 €	2.556 €	3.793 €	3.391 €	2.378 €
Poupança anual			72,9%	47,2%	n.a.	72,8%	4,5%	55,1%	38,7%	-2,8%
'000€			43.309	28.045	n.a.	43.263	2.697	32.742	22.983	-1.644
Poupança média anual						41,2%				
'000€						24.485				

		2012								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos anuais ('000€)		62.867	74.517	54.470	76.546	96.097	78.404	79.166	74.259	75.046
N.º de doentes padrão		24.163	19.702	16.305	33.539	27.647	31.792	24.128	23.892	34.034
Encargos por doente padrão		2.602 €	3.782 €	3.341 €	2.282 €	3.476 €	2.466 €	3.281 €	3.108 €	2.205 €
Poupança anual			45,4%	28,4%	-12,3%	33,6%	-5,2%	26,1%	19,5%	-15,3%
'000€			28.521	17.854	-7.720	21.119	-3.278	16.412	12.234	-9.588
Poupança média anual						15,0%				
'000€						9.444				

		2013								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos anuais ('000€)		68.002	72.137	54.667	77.887	96.032	77.213	76.219	71.665	75.845
N.º de doentes padrão		26.178	25.179	19.249	38.603	33.609	37.789	27.849	27.374	37.813
Encargos por doente padrão		2.598 €	2.865 €	2.840 €	2.018 €	2.857 €	2.043 €	2.737 €	2.618 €	2.006 €
Poupança anual			10,3%	9,3%	-22,3%	10,0%	-21,3%	5,4%	0,8%	-22,8%
'000€			6.996	6.345	-15.183	6.796	-14.513	3.643	531	-15.494
Poupança média anual						-3,8%				
'000€						-2.610				

		2014								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos anuais ('000€)		69.705	70.337	54.719	83.036	96.244	76.209	74.374	69.781	74.419
N.º de doentes padrão		27.362	24.983	19.448	40.576	33.913	37.309	26.712	27.475	39.331
Encargos por doente padrão		2.548 €	2.815 €	2.814 €	2.046 €	2.838 €	2.043 €	2.784 €	2.540 €	1.892 €
Poupança anual			10,5%	10,4%	-19,7%	11,4%	-19,8%	9,3%	-0,3%	-25,7%
'000€			7.328	7.281	-13.711	7.946	-13.815	6.477	-212	-17.934
Poupança média anual						-3,0%				
'000€						-2.080				

		2015								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos anuais ('000€)		67.625	72.071	55.468	87.972	101.611	78.331	75.467	76.797	78.065
N.º de doentes padrão		27.778	25.439	19.069	41.343	36.460	37.104	26.670	27.402	41.049
Encargos por doente padrão		2.434 €	2.833 €	2.909 €	2.128 €	2.787 €	2.111 €	2.830 €	2.803 €	1.902 €
Poupança anual			16,4%	19,5%	-12,6%	14,5%	-13,3%	16,2%	15,1%	-21,9%
'000€			11.075	13.177	-8.516	9.792	-8.980	10.978	10.228	-14.797
Poupança média anual						4,2%				
'000€						2.870				

Total da poupança entre 2011 e 2015		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos totais ('000€)		327.616	370.900	276.210	325.442	495.721	392.625	398.753	368.351	379.737
Poupança total ('000€)			97.228	72.701	-45.130	88.916	-37.888	70.253	45.764	-59.458
Poupança total média ('000€)						29.048				

Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

171. O quadro que se apresenta a seguir compara os encargos do parceiro público com o Hospital de Cascais, agora deduzidos das taxas moderadoras e de terceiros

pagadores, com o total das transferências efetuadas pelo Estado aos hospitais do Grupo de Referência EP.

Quadro 33 – Financiamento por doente padrão (2011-2015)

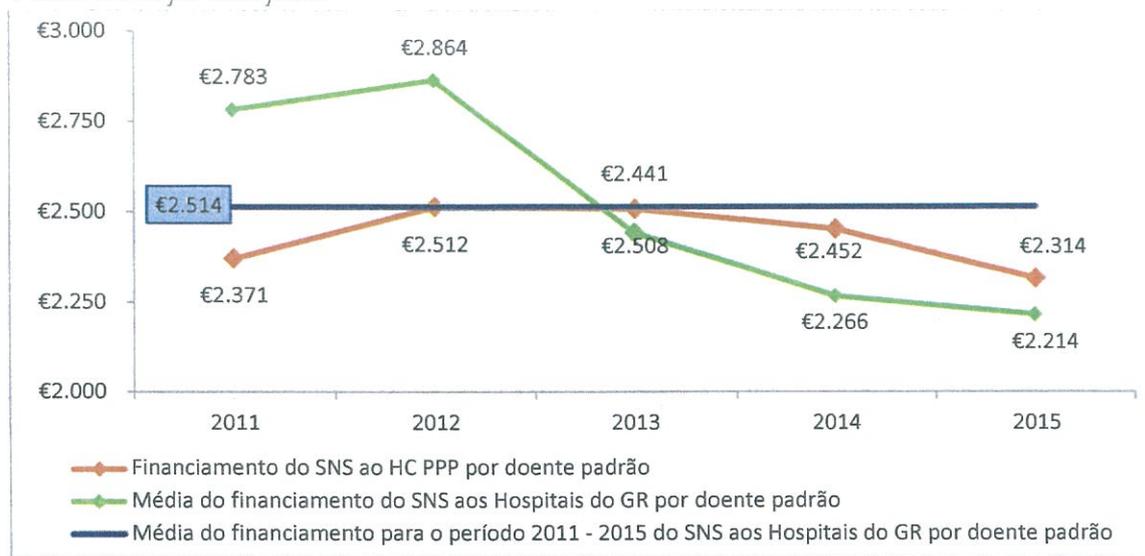
	2011									
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS	
Financiamento do SNS ('000€)	57.610	66.636	46.763	n.a.	76.521	75.059	72.172	59.334	67.946	
N.º de doentes padrão	24.299	19.358	15.804	n.a.	25.022	32.261	24.660	22.368	32.117	
Financiamento do SNS por doente padrão	2.371 €	3.442 €	2.959 €	n.a.	3.058 €	2.327 €	2.927 €	2.653 €	2.116 €	
	2012									
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS	
Financiamento do SNS ('000€)	60.692	70.304	49.406	74.707	96.234	70.532	81.007	70.168	71.193	
N.º de doentes padrão	24.163	19.702	16.305	33.539	27.647	31.792	24.128	23.892	34.034	
Financiamento do SNS por doente padrão	2.512 €	3.568 €	3.030 €	2.227 €	3.481 €	2.219 €	3.357 €	2.937 €	2.092 €	
	2013									
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS	
Financiamento do SNS ('000€)	65.648	74.395	49.573	69.217	99.301	73.795	75.866	74.658	69.803	
N.º de doentes padrão	26.178	25.179	19.249	38.603	33.609	37.789	27.849	27.374	37.813	
Financiamento do SNS por doente padrão	2.508 €	2.955 €	2.575 €	1.793 €	2.955 €	1.953 €	2.724 €	2.727 €	1.846 €	
	2014									
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS	
Financiamento do SNS ('000€)	67.102	63.988	49.332	83.820	77.805	72.101	74.001	61.580	67.907	
N.º de doentes padrão	27.362	24.983	19.448	40.576	33.913	37.309	26.712	27.475	39.331	
Financiamento do SNS por doente padrão	2.452 €	2.561 €	2.537 €	2.066 €	2.294 €	1.933 €	2.770 €	2.241 €	1.727 €	
	2015									
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS	
Financiamento do SNS ('000€)	64.293	58.619	44.334	80.938	76.102	71.094	75.303	68.731	73.416	
N.º de doentes padrão	27.778	25.439	19.069	41.343	36.460	37.104	26.670	27.402	41.049	
Financiamento do SNS por doente padrão	2.314 €	2.304 €	2.325 €	1.958 €	2.087 €	1.916 €	2.824 €	2.508 €	1.789 €	

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Realizando a análise para o período 2011 – 2015, observa-se que os encargos do parceiro público com a PPP de Cascais são, para todos os anos, inferiores à média do financiamento por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP, mesmo quando se consideram as transferências do Estado, ao invés dos custos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP. Esta conclusão é apresentada no gráfico seguinte.

Gráfico 58 – Evolução do financiamento do SNS por doente padrão (2011-2015)

Valores em euros por doente padrão



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS

172. O quadro seguinte apresenta o detalhe do financiamento por doente padrão para cada um dos hospitais que integram o Grupo de Referência EP, e a poupança média anual que representam os encargos do parceiro público com a PPP de Cascais em face dos valores do Grupo de Referência EP. Desta forma, podemos concluir que a poupança total média do modelo PPP do Hospital de Cascais, para o período compreendido entre 2011 e 2015, é positiva.

Quadro 34 – Poupança média anual (2011-2015)

		2011								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)		57 610	66 636	46 763	n.a	76 521	75 059	72 172	59 334	67 946
N.º de doentes padrão		24 299	19 358	15 804	n.a	25 022	32 261	24 660	22 368	32 117
Financiamento do SNS por doente padrão		2.371 €	3.442 €	2.959 €	n.a.	3.058 €	2.327 €	2.927 €	2.653 €	2.116 €
Poupança anual			45,2%	24,8%	n.a	29,0%	-1,9%	23,4%	11,9%	-10,8%
'000€			26 035	14 288	n.a	16 699	-1 075	13 507	6 848	-6 204
Poupança média anual							17,4%			
'000€							10.014			

		2012								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)		60 692	70 304	49 406	74 707	96 234	70 532	81 007	70 168	71 193
N.º de doentes padrão		24 163	19 702	16 305	33 539	27 647	31 792	24 128	23 892	34 034
Financiamento do SNS por doente padrão		2.512 €	3.568 €	3.030 €	2.227 €	3.481 €	2.219 €	3.357 €	2.937 €	2.092 €
Poupança anual			42,1%	20,6%	-11,3%	38,6%	-11,7%	33,7%	16,9%	-16,7%
'000€			25 528	12 523	-6 871	23 413	-7 086	20 431	10 271	-10 149
Poupança média anual							14,0%			
'000€							8.508			

		2013								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)		65 648	74 395	49 573	69 217	99 301	73 795	75 866	74 658	69 803
N.º de doentes padrão		26 178	25 179	19 249	38 603	33 609	37 789	27 849	27 374	37 813
Financiamento do SNS por doente padrão		2.508 €	2.955 €	2.575 €	1.793 €	2.955 €	1.953 €	2.724 €	2.727 €	1.846 €
Poupança anual			17,8%	2,7%	-28,5%	17,8%	-22,1%	8,6%	8,8%	-26,4%
'000€			11 698	1 770	-18 709	11 696	-14 528	5 665	5 746	-17 324
Poupança média anual							-2,7%			
'000€							-1.748			

		2014								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)		67 102	63 988	49 332	83 820	77 805	72 101	74 001	61 580	67 907
N.º de doentes padrão		27 362	24 983	19 448	40 576	33 913	37 309	26 712	27 475	39 331
Financiamento do SNS por doente padrão		2.452 €	2.561 €	2.537 €	2.066 €	2.294 €	1.933 €	2.770 €	2.241 €	1.727 €
Poupança anual			4,4%	3,4%	-15,8%	-6,5%	-21,2%	13,0%	-8,6%	-29,6%
'000€			2 977	2 304	-10 580	-4 329	-14 225	8 698	-5 776	-19 862
Poupança média anual							-7,6%			
'000€							-5.099			

		2015								
		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Financiamento do SNS ('000€)		64 293	58 619	44 334	80 938	76 102	71 094	75 303	68 731	73 416
N.º de doentes padrão		27 778	25 439	19 069	41 343	36 460	37 104	26 670	27 402	41 049
Financiamento do SNS por doente padrão		2.314 €	2.304 €	2.325 €	1.958 €	2.087 €	1.916 €	2.824 €	2.508 €	1.789 €
Poupança anual			-0,4%	0,4%	-15,4%	-9,8%	-17,2%	22,0%	8,4%	-22,7%
'000€			-282	289	-9 910	-6 311	-11 067	14 140	5 383	-14 611
Poupança média anual							-4,3%			
'000€							-2.796			

Unid.: '000€										
Total da poupança entre 2011 e 2015		HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Encargos totais		315 346	333 943	239 407	308 681	425 962	362 580	378 350	334 470	350 265
Poupança total			65 955	31 175	-46 071	41 168	-47 982	62 440	22 472	-68 150
Poupança total média							7.626			

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

173. Em suma, tendo por base a análise efetuada, conclui-se que, no período analisado, a parceria de Cascais permitiu a obtenção de uma poupança para o erário público, quando comparados os encargos do parceiro público com a PPP de Cascais com os valores de encargos que se obteriam caso fossem considerados os

custos unitários médios dos hospitais do Grupo de Referência EP aplicados à produção do Hospital de Cascais.

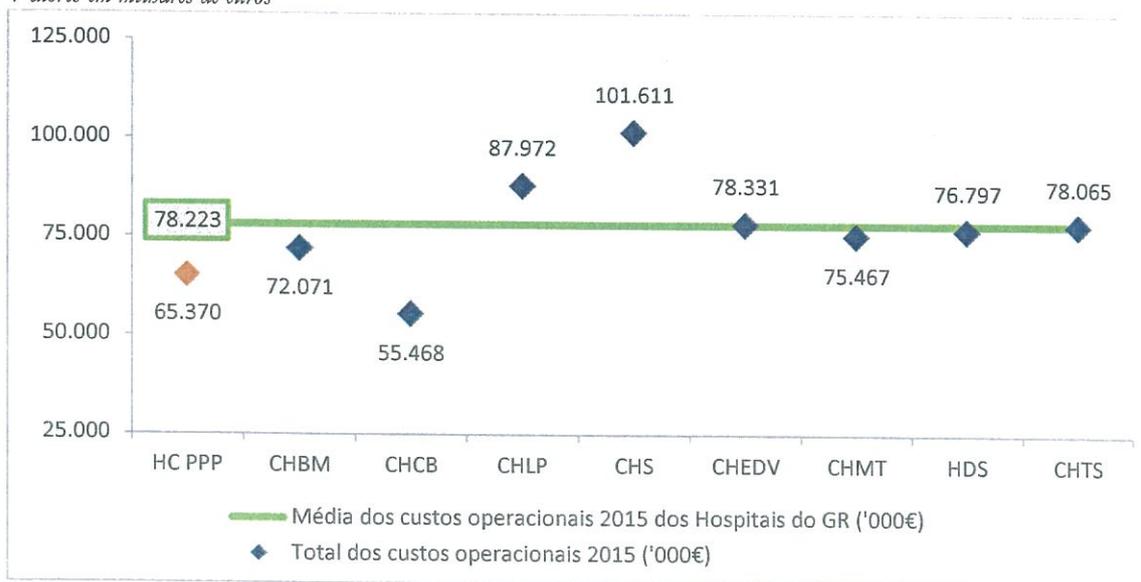
3.2.1.2.4. Análise da eficiência em termos relativos face ao Grupo de Referência

174. Tendo por base o enquadramento descrito no Ponto 3.2.1.1.8. *supra*, no presente ponto analisa-se a eficiência da PPP de Cascais por comparação com a dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP, analisando os resultados dos indicadores que se apresentam de seguida.

No gráfico seguinte, apresentam-se os custos totais dos hospitais do Grupo de Referência EP e do Hospital de Cascais e a relação dos mesmos com a média de custos do Grupo de Referência EP, para o ano de 2015.

Gráfico 59 – Total de Custos operacionais em 2015 e relação com a média do Grupo de Referência EP

Valores em milhares de euros



Fonte: R&C's e balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE.

Tal como se verifica no gráfico apresentado, os custos operacionais, em valor absoluto, do Hospital de Cascais para o ano de 2015, são inferiores à média dos custos dos hospitais do Grupo de Referência EP. No entanto, tendo em consideração a diferença de

complexidade e de magnitude da produção dos hospitais analisados no gráfico *supra*, uma mera comparação de valores absolutos de custos não permite, de *per se*, retirar conclusões sobre a eficiência do Hospital de Cascais.

175. Assim, no quadro seguinte apresentam-se os custos anuais por hospital, apresentados no gráfico anterior, mas divididos pelo respetivo número de doentes padrão, de forma a permitir a comparabilidade dos valores. Os valores assinalados a vermelho e a verde representam os valores mais elevados e os valores mais baixos, respetivamente, para cada ano.

Quadro 35 – Total de custos operacionais por doente padrão (2011-2015)

	2011							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	81.838	56.886	n.a.	105.737	82.467	93.528	75.850	76.362
N.º de doentes padrão	19.358	15.804	n.a.	25.022	32.261	24.660	22.368	32.117
Custos operacionais por doente padrão	4.228 €	3.599 €	n.a.	4.226 €	2.556 €	3.793 €	3.391 €	2.378 €

	2012							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	74.517	54.470	76.546	96.097	78.404	79.166	74.259	75.046
N.º de doentes padrão	19.702	16.305	33.539	27.647	31.792	24.128	23.892	34.034
Custos operacionais por doente padrão	3.782 €	3.341 €	2.282 €	3.476 €	2.466 €	3.281 €	3.108 €	2.205 €

	2013							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	72.137	54.667	77.887	96.032	77.213	76.219	71.665	75.845
N.º de doentes padrão	25.179	19.249	38.603	33.609	37.789	27.849	27.374	37.813
Custos operacionais por doente padrão	2.865 €	2.840 €	2.018 €	2.857 €	2.043 €	2.737 €	2.618 €	2.006 €

	2014							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	70.337	54.719	83.036	96.244	76.209	74.374	69.781	74.419
N.º de doentes padrão	24.983	19.448	40.576	33.913	37.309	26.712	27.475	39.331
Custos operacionais por doente padrão	2.815 €	2.814 €	2.046 €	2.838 €	2.043 €	2.784 €	2.540 €	1.892 €

	2015							
	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Total de custos operacionais ('000€)	72.071	55.468	87.972	101.611	78.331	75.467	76.797	78.065
N.º de doentes padrão	25.439	19.069	41.343	36.460	37.104	26.670	27.402	41.049
Custos operacionais por doente padrão	2.833 €	2.909 €	2.128 €	2.787 €	2.111 €	2.830 €	2.803 €	1.902 €

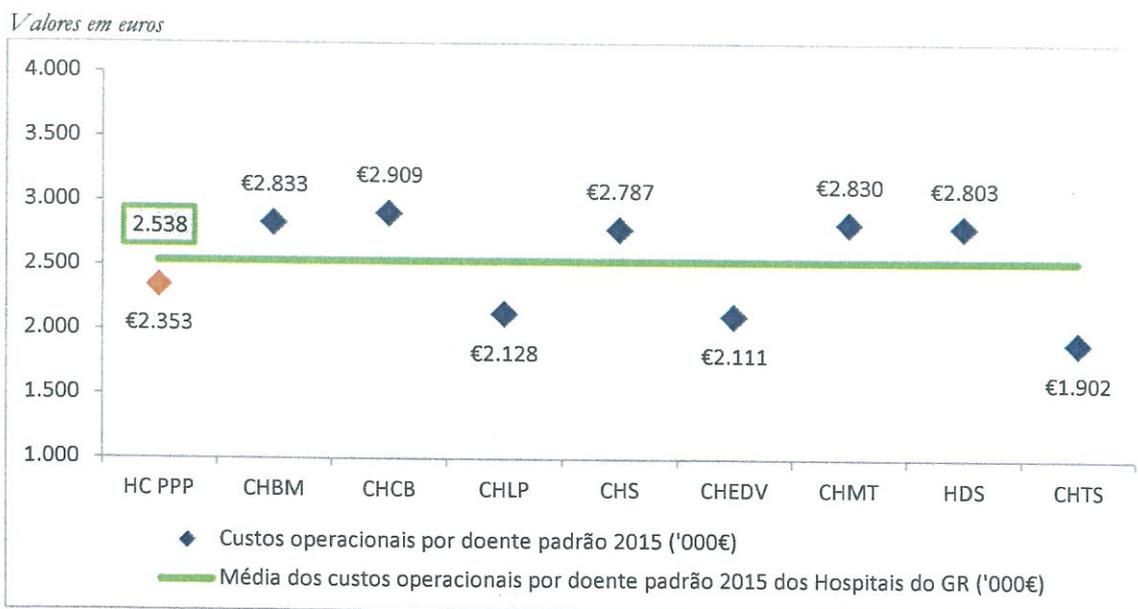
Nota: Doente Padrão (AP21 – ICM desagregado).

Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

No gráfico que se apresenta a seguir, compara-se o custo por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP e do Hospital de Cascais, para o ano de 2015, com a

média dos custos por doente padrão dos hospitais do Grupo de Referência EP. Note-se que este indicador permite uma comparação direta entre os vários hospitais que integram a presente análise já que se trata de uma medida por unidade de produção.

Gráfico 60 – Custos operacionais por doente padrão em 2015



Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS

O gráfico apresentado *supra* permite concluir que os custos operacionais do Hospital de Cascais são inferiores à média de custos operacionais dos hospitais do Grupo de Referência EP, o que poderá de certa forma denotar uma gestão eficiente dos custos por parte da EGEST.

176. Adicionalmente realizaram-se análises aos custos com o pessoal (em valor absoluto e por doente padrão), de forma a aferir, também, o nível de eficiência do Hospital de Cascais face aos hospitais do Grupo de Referência EP, apresentando-se os resultados desta análise, seguidamente. É importante referir que os custos com o pessoal foram ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (contabilizados em FSE's).

Quadro 36 – Custos ajustados com pessoal por doente padrão (2011-2015)

	2011								
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	30.093	45.733	33.740	n.a.	54.054	47.100	51.596	39.728	44.911
Gastos com prestadores de serviços clínicos ('000€)	4.383	1.486	1.203	n.a.	4.323	3.860	7.631	2.710	4.118
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	34.475	47.220	34.943	n.a.	58.377	50.959	59.228	42.439	49.029
N.º de doentes padrão	24.299	19.358	15.804	n.a.	25.022	32.261	24.660	22.368	32.117
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1.419 €	2.439 €	2.211 €	n.a.	2.333 €	1.580 €	2.402 €	1.897 €	1.527 €

	2012								
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	25.862	42.524	32.468	42.024	50.780	45.852	45.404	38.158	43.456
Gastos com prestadores de serviços clínicos ('000€)	4.705	1.358	985	4.350	3.361	3.189	5.402	1.732	4.288
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	30.567	43.882	33.453	46.374	54.141	49.041	50.806	39.890	47.743
N.º de doentes padrão	24.163	19.702	16.305	33.539	27.647	31.792	24.128	23.892	34.034
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1.265 €	2.227 €	2.052 €	1.383 €	1.958 €	1.543 €	2.106 €	1.670 €	1.403 €

	2013								
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	28.860	42.843	32.453	44.981	51.420	46.040	45.070	37.972	43.708
Gastos com prestadores de serviços clínicos ('000€)	5.573	898	623	3.313	2.642	2.903	5.190	1.680	3.797
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	34.432	43.742	33.076	48.295	54.062	48.943	50.260	39.652	47.505
N.º de doentes padrão	26.178	25.179	19.249	38.603	33.609	37.789	27.849	27.374	37.813
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1.315 €	1.737 €	1.718 €	1.251 €	1.609 €	1.295 €	1.805 €	1.449 €	1.256 €

	2014								
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	28.557	41.683	32.463	47.273	51.408	44.973	43.712	37.662	43.415
Gastos com prestadores de serviços clínicos ('000€)	5.717	333	805	4.025	2.664	2.596	4.789	1.496	3.544
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	34.274	42.016	33.268	51.298	54.073	47.568	48.501	39.158	46.959
N.º de doentes padrão	27.362	24.983	19.448	40.576	33.913	37.309	26.712	27.475	39.331
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1.253 €	1.682 €	1.711 €	1.264 €	1.594 €	1.275 €	1.816 €	1.425 €	1.194 €

	2015								
	HC PPP	CHBM	CHCB	CHLP	CHS	CHEDV	CHMT	HDS	CHTS
Gastos com o pessoal ('000€)	29.809	42.218	32.763	49.232	52.350	46.212	43.174	39.195	45.271
Gastos com prestadores de serviços clínicos ('000€)	5.346	283	868	4.382	3.217	3.071	5.359	1.735	3.583
Total de gastos ajustados com pessoal ('000€)	35.156	42.501	33.630	53.614	55.567	49.284	48.534	40.929	48.854
N.º de doentes padrão	27.778	25.439	19.069	41.343	36.460	37.104	26.670	27.402	41.049
Gastos ajustados com pessoal por doente padrão	1.266 €	1.671 €	1.764 €	1.297 €	1.524 €	1.328 €	1.820 €	1.494 €	1.190 €

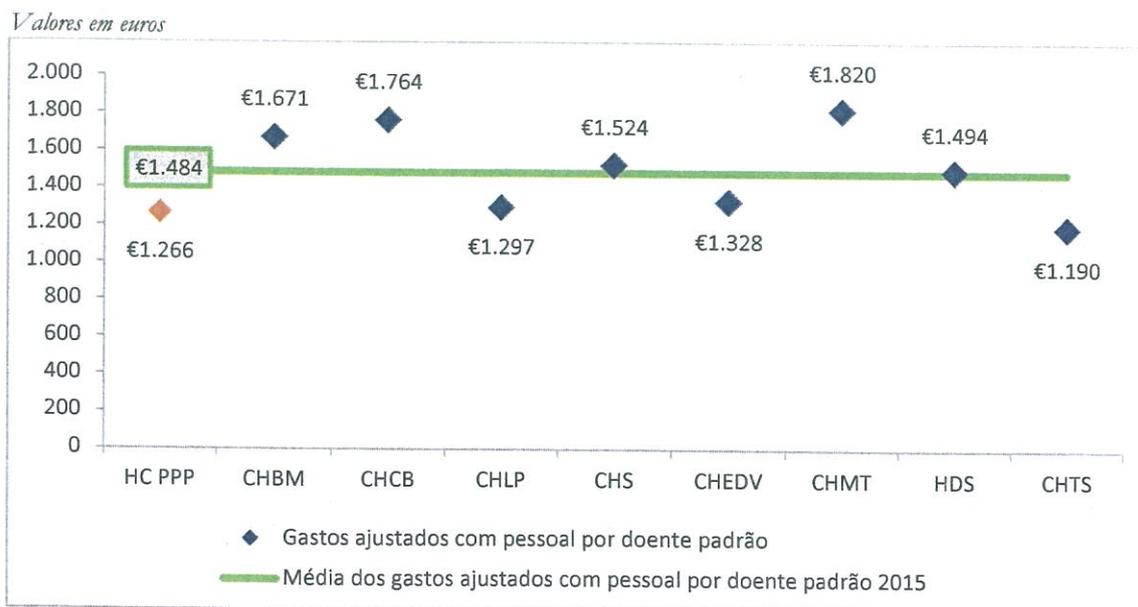
Nota: Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Os gráficos que se seguem, permitem concluir, mais uma vez, que a PPP de Cascais foi eficiente na gestão dos seus custos, neste caso ao nível dos custos com o pessoal, durante o período 2011 – 2015, já que no Gráfico 62 o custo com o pessoal por doente padrão é inferior à média do mesmo indicador no caso dos hospitais do Grupo de Referência EP.

Para o ano de 2015, especificamente, e tal como apresentado no gráfico 61, é possível concluir que o custo com o pessoal por doente padrão do Hospital de Cascais é inferior à média dos hospitais do Grupo de Referência EP, existindo apenas um caso, o CHTS, onde o custo com o pessoal por doente padrão é inferior.

Gráfico 61 – Total de gastos ajustados com pessoal por doente padrão em 2015

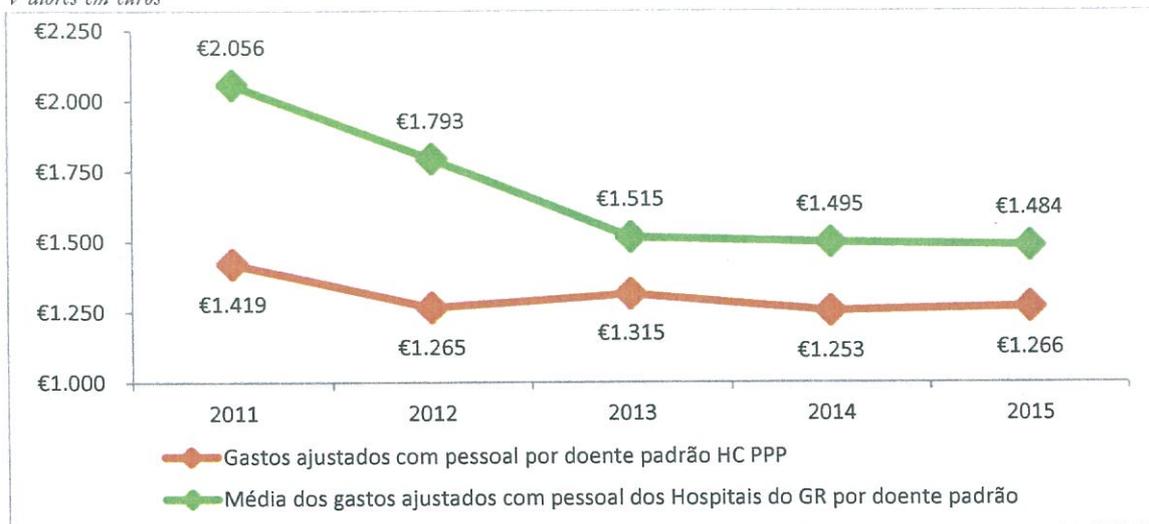


Nota: Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Gráfico 62 – Gastos ajustados com pessoal por doente padrão do Hospital de Cascais em 2015

Valores em euros

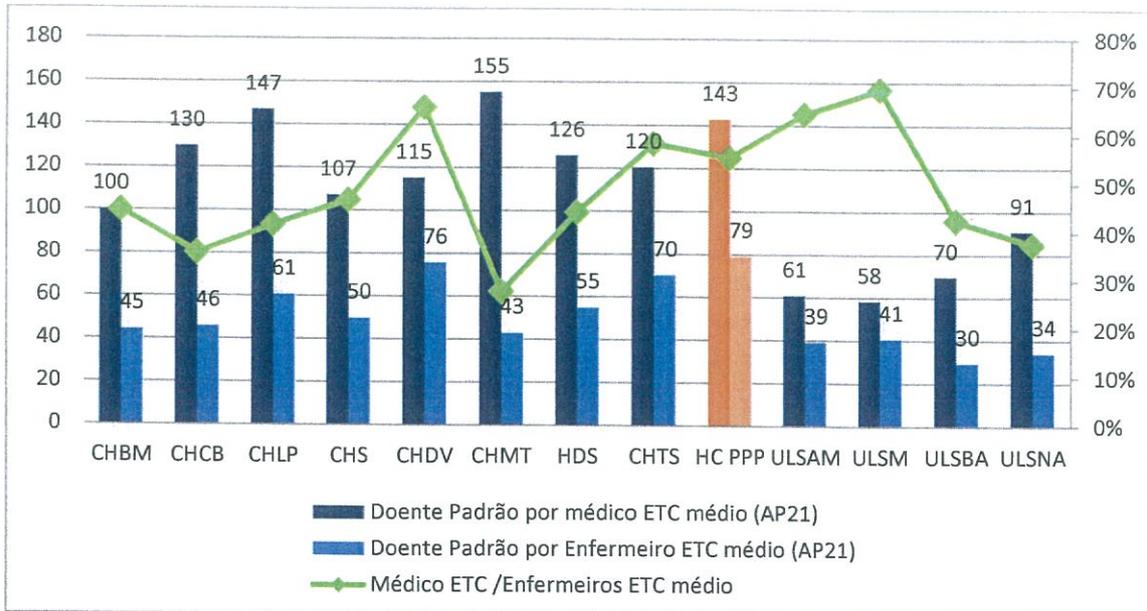


Nota: Gastos com o pessoal ajustados pelos gastos incorridos com serviços clínicos prestados por terceiras entidades (gastos com honorários, subcontratos e trabalhos especializados) reconhecidos na rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos.

Fonte: R&C's, balancetes analíticos do Hospital de Cascais e dos hospitais EPE e informação disponibilizada pela ACSS.

Mediante a análise do gráfico apresentado *infra*, conclui-se que o Hospital de Cascais é um dos que, em termos médios, no período analisado, registou maior nível de produtividade ao nível dos recursos humanos, ao apresentar dos maiores números de doente padrão por médico ETC e de doente padrão por enfermeiro ETC, ainda que o rácio de Médico ETC/Enfermeiro ETC tenha sido superior ao da maioria dos hospitais que constituem o Grupo de Referência EP.

Gráfico 63 – Produtividade dos recursos humanos por doente padrão ajustado em termos médios (2011-2015)

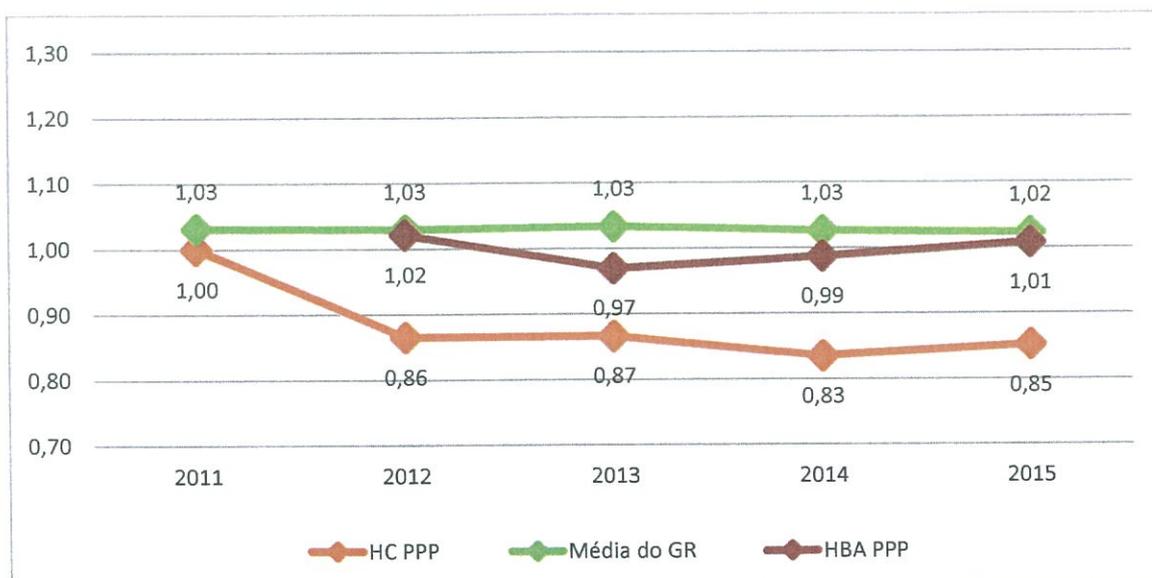


Nota: Informação não disponível para o Hospital de Loures PPP.

Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

177. No que diz respeito ao índice de demora média ajustada, o gráfico apresentado de seguida permite verificar que o índice do Hospital de Cascais foi inferior ao da média dos hospitais do Grupo de Referência EP e do Hospital de Loures ao longo de todo o período analisado, sendo inclusive inferior a 1, o que denota que, considerando a severidade dos “seus” doentes, apresenta uma demora média inferior à do Grupo de Referência EP.

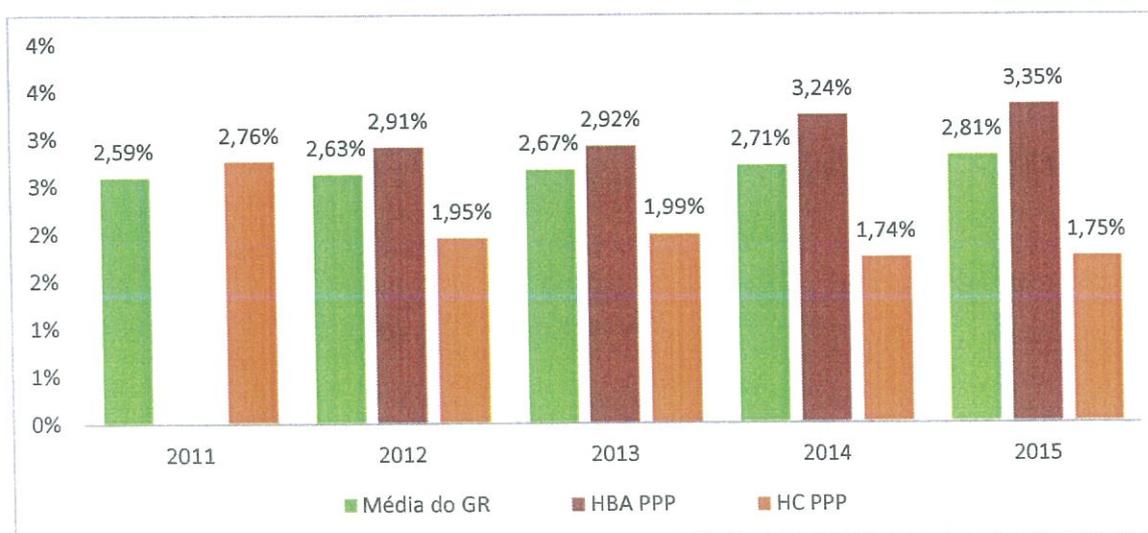
Gráfico 64 – Índice de demora média ajustada



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

178. No que diz respeito à percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias, à exceção do verificado em 2011, a registada pelo Hospital de Cascais encontrou-se sempre abaixo da percentagem média dos hospitais do Grupo de Referência EP e do Hospital de Loures, sendo que nos dois últimos exercícios analisados se verificou uma evolução contrária entre a percentagem do Hospital de Cascais, que diminuiu face à de 2013, e a dos restantes hospitais analisados, cuja percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias registou uma tendência de crescimento ao longo de todo o período, como o demonstra o gráfico seguinte.

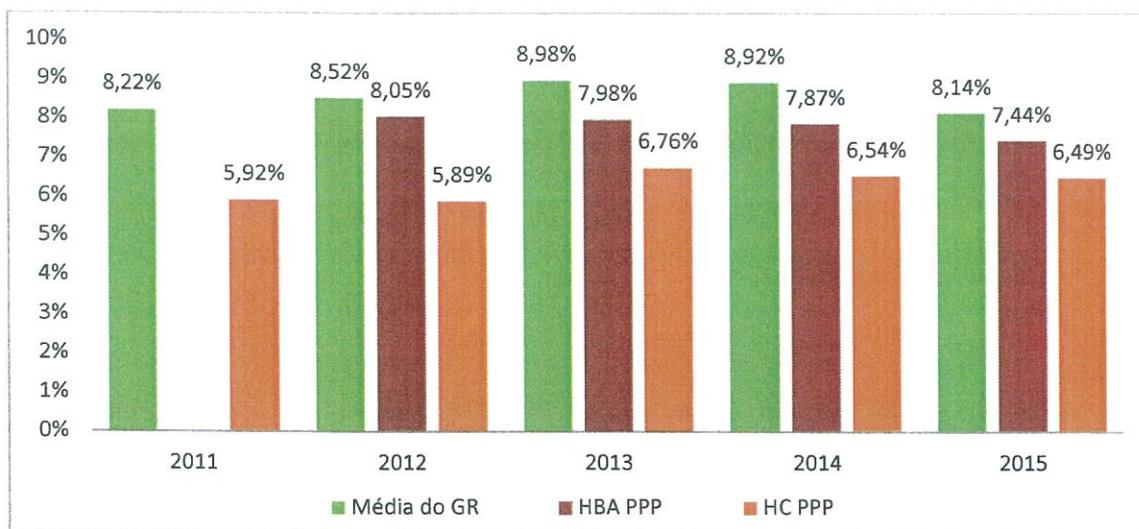
Gráfico 65 – Percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

179. Também a taxa de reinternamento em 30 dias do Hospital de Cascais foi inferior à taxa média registada pelos hospitais do Grupo de Referência EP e pelo Hospital de Loures no período em análise, como se constata da análise do gráfico seguinte.

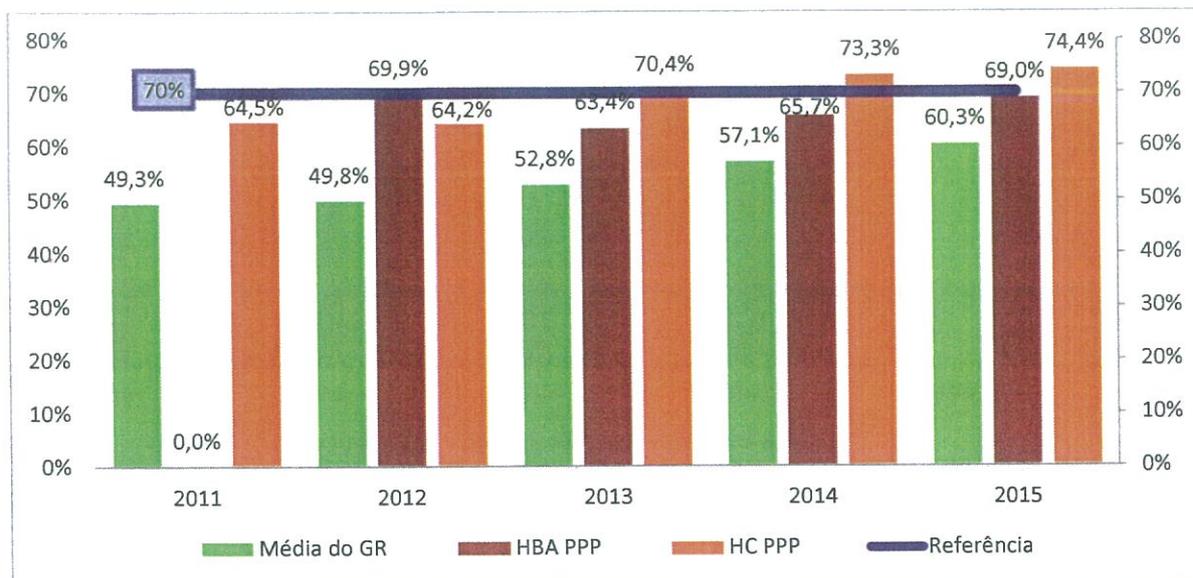
Gráfico 66 – Taxa de reinternamentos em 30 dias



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

180. No que concerne à percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas, constata-se que o Hospital de Cascais, para além de se ter revelado mais eficiente por comparação com a média dos hospitais do Grupo de Referência EP ao longo do período analisado, apresentou nos 3 últimos anos uma percentagem superior ao valor de referência para este indicador, ao contrário do verificado nos restantes hospitais, conforme evidenciado no gráfico seguinte.

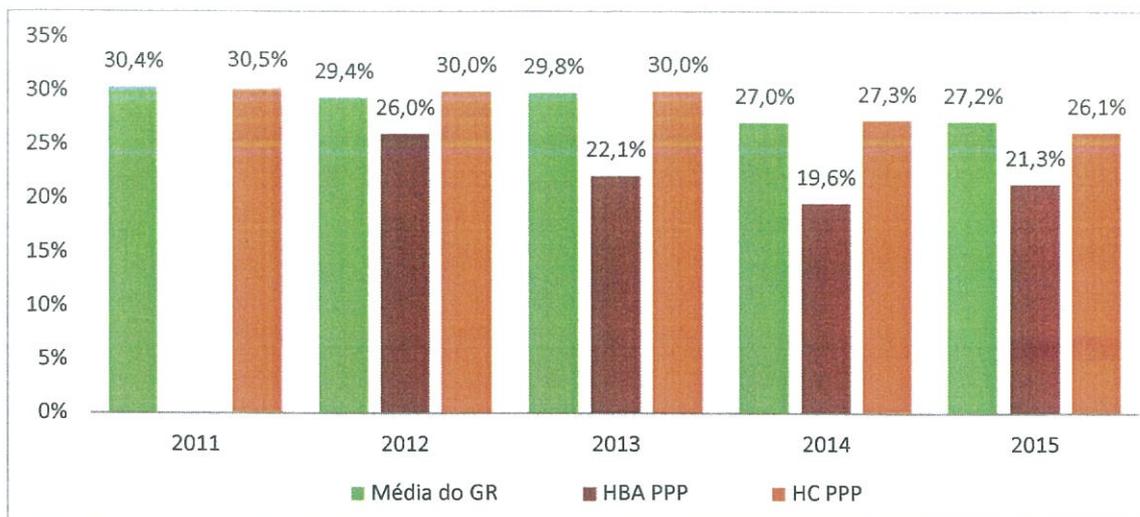
Gráfico 67 – Percentagem de cirurgias de ambulatório face ao total de cirurgias programadas



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

181. A percentagem média de cesarianas face ao total de partos realizados no Hospital de Cascais apresentou uma tendência de decréscimo ao longo do período analisado, em linha com a tendência também verificada ao nível dos hospitais do Grupo de Referência EP e, de uma forma quase generalizada, também registada pelo Hospital de Loures, tendo o exercício de 2015 correspondido ao primeiro ano em que a percentagem de cesarianas no total de partos do Hospital de Cascais foi inferior à da média dos hospitais do Grupo de Referência EP.

Gráfico 68 – Percentagem de cesarianas no total de partos



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

182. Em suma, tendo por base a análise efetuada, conclui-se que a parceria de Cascais, comparativamente com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, apresentou um nível de eficiência superior ao nível da estrutura de custos e de recursos humanos, não se mostrando, por outro lado, menos eficiente que a média do Grupo de Referência EP ao nível da generalidade dos indicadores de atividade clínica.

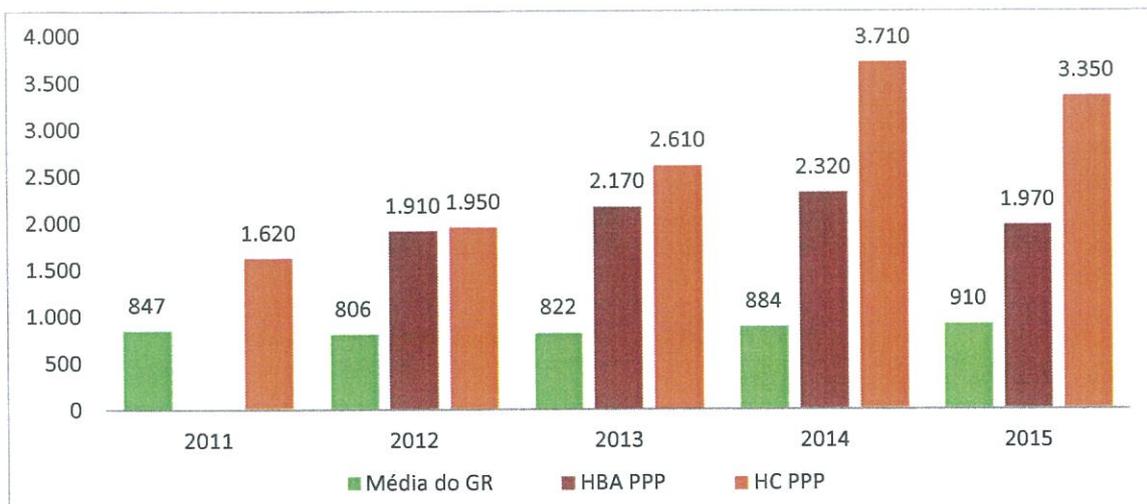
3.2.1.2.5. *Análise da qualidade/eficácia em termos relativos face ao Grupo de Referência*

183. Tendo por base o enquadramento descrito no Ponto 3.2.1.1.9. *supra*, no presente ponto analisa-se a qualidade/eficácia da PPP de Cascais por comparação com a dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, tendo por base os resultados dos indicadores que se apresentam de seguida.

184. No gráfico seguinte, apresenta-se a evolução do indicador sépsis pós-operatória por 100.000 episódios, constatando-se que o Hospital de Cascais apresentou em todo o período analisado resultados bastante menos satisfatórios que os da média dos hospitais do

grupo de referência e que os do Hospital de Loures, registando um número de sépsis pós-operatória por 100.000 episódios consideravelmente superior ao dos demais hospitais.

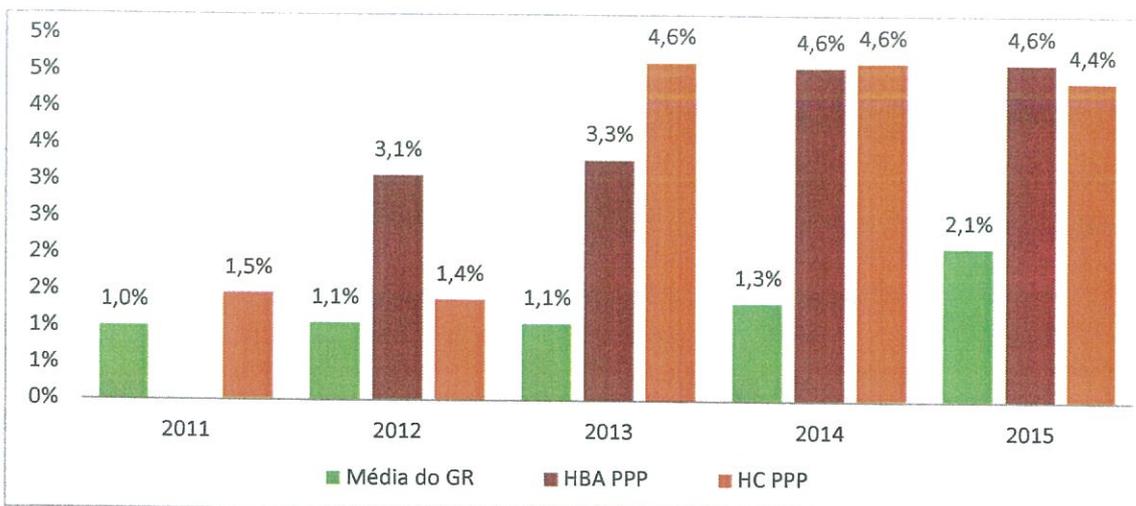
Gráfico 69 – Sépsis pós operatória por 100.000 episódios



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

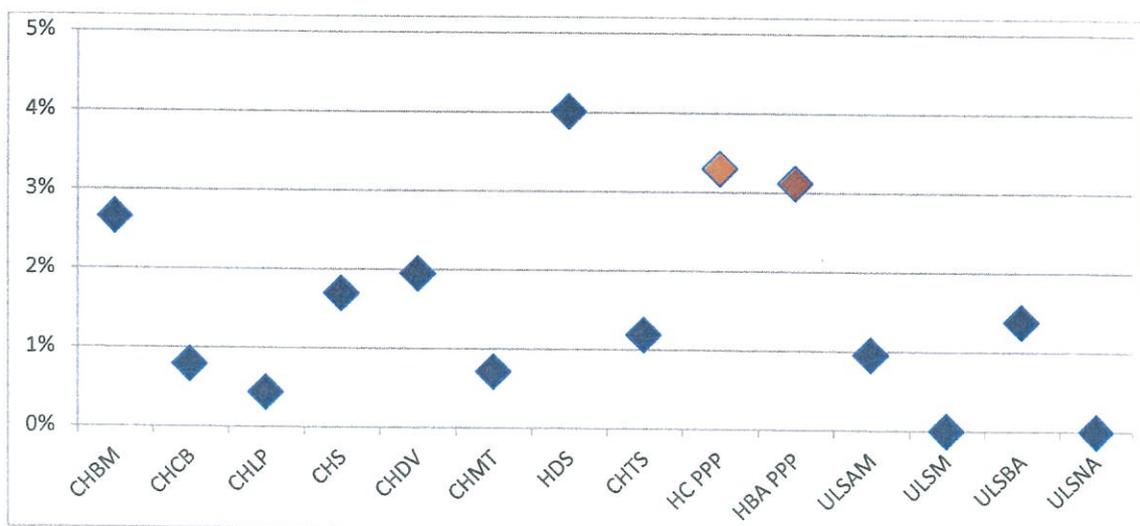
185. Entre 2011 e 2015, também a percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º grau registada pelo Hospital de Cascais foi consideravelmente superior à dos hospitais do Grupo de Referência EP, apresentando-se a mesma, nos dois últimos exercícios, em linha com a do Hospital de Loures, como o demonstram os dois gráficos apresentados *infra*.

Gráfico 70 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º grau



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

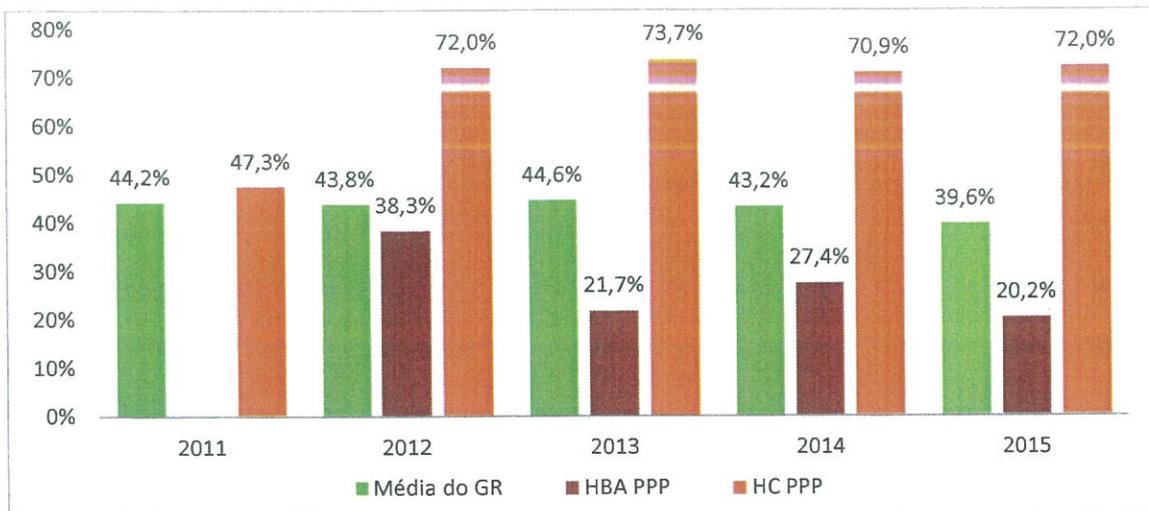
Gráfico 71 – Percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3ª e 4ª grau em termos médios (2011-2015)



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

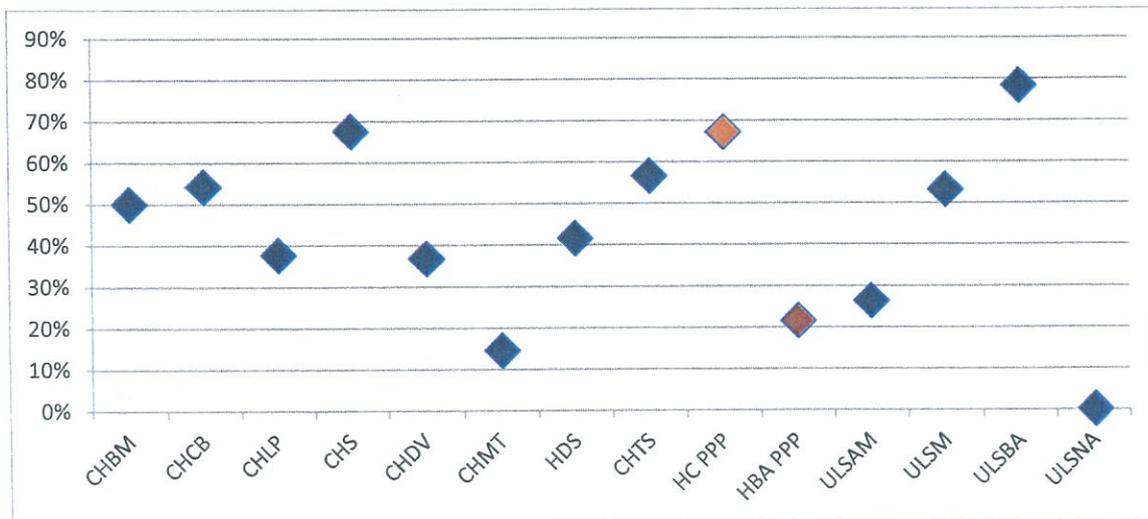
186. Em sentido contrário, o Hospital de Cascais evidenciou melhores resultados face à média dos hospitais do Grupo de Referência EP e ao Hospital de Loures, ao longo de todo o período analisado, relativamente à percentagem de cirurgias de anca efetuadas nas primeiras 48 horas, que desde 2012 se encontra acima dos 70%, enquanto a média dos hospitais do Grupo de Referência EP se tem situado em tornos dos 40%.

Gráfico 72 – Percentagem de cirurgias de anca efetuadas nas primeiras 48 horas



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Gráfico 73 – Percentagem de cirurgias de anca efetuadas nas primeiras 48 horas em termos médios (2011-2015)

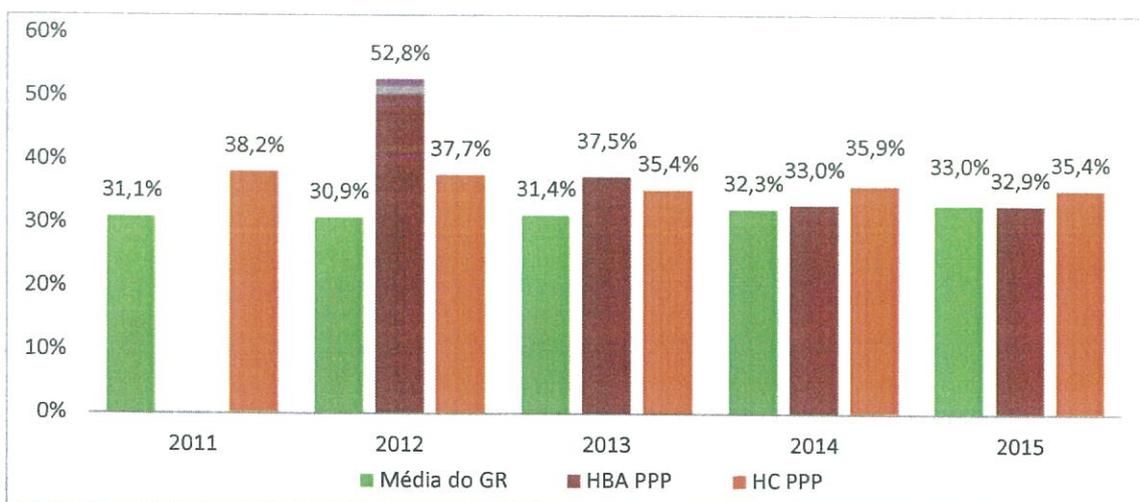


Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

187. Relativamente à percentagem de primeiras consultas face ao total de consultas realizadas por cada hospital, tal como ilustrado seguidamente, o Hospital de Cascais apresentou em todos os anos analisados resultados superiores aos registados pela média dos hospitais do Grupo de Referência EP. Destaque-se que a elevada percentagem de primeiras consultas face ao total de consultas registada pelo Hospital de Loures em 2012 se deve ao facto de neste ano ter tido lugar a transferência dos serviços clínicos para o novo edifício hospitalar.

[Assinaturas manuscritas]

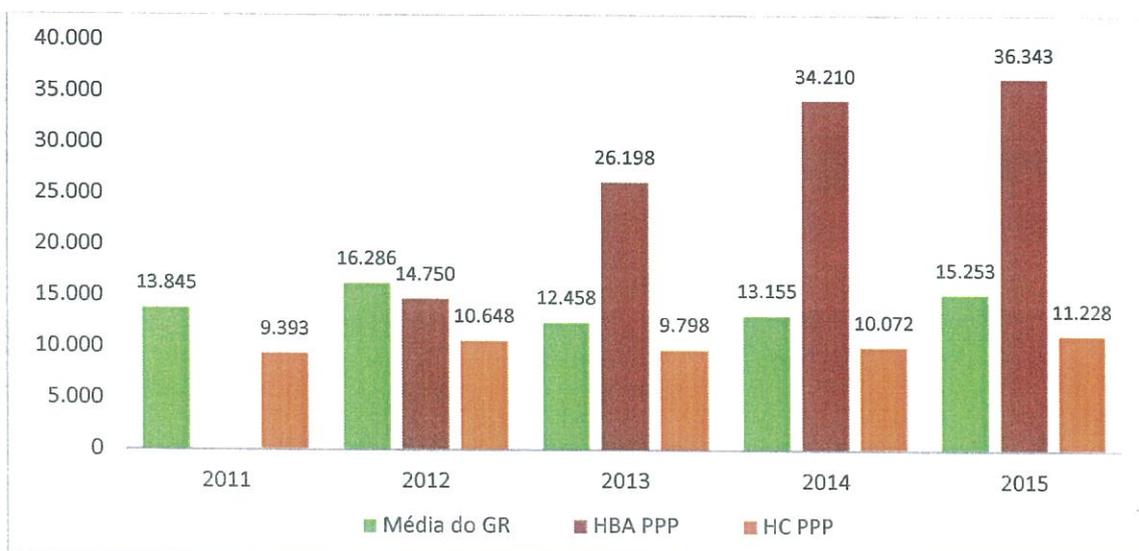
Gráfico 74 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

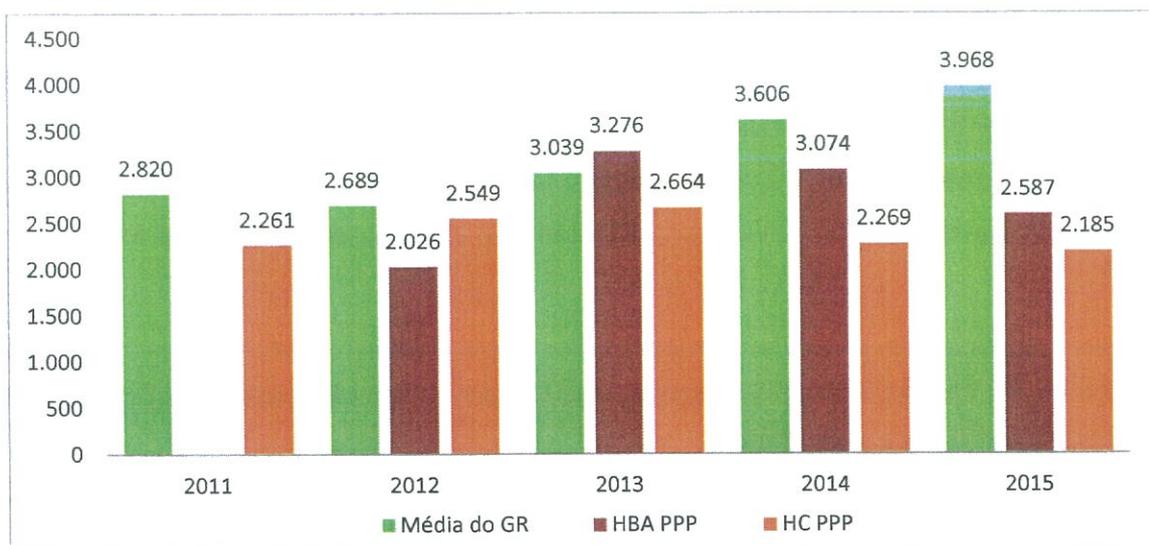
188. No que concerne à lista de espera de consultas e à lista de espera de utentes inscritos para a cirurgia, da análise dos dois gráficos seguidamente apresentados verifica-se que em ambos os casos os valores relativos ao Hospital de Cascais têm-se situado bastante abaixo dos relativos à média dos hospitais do Grupo de Referência EP.

Gráfico 75 – Lista de espera de consultas (pedidos não concluídos)



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

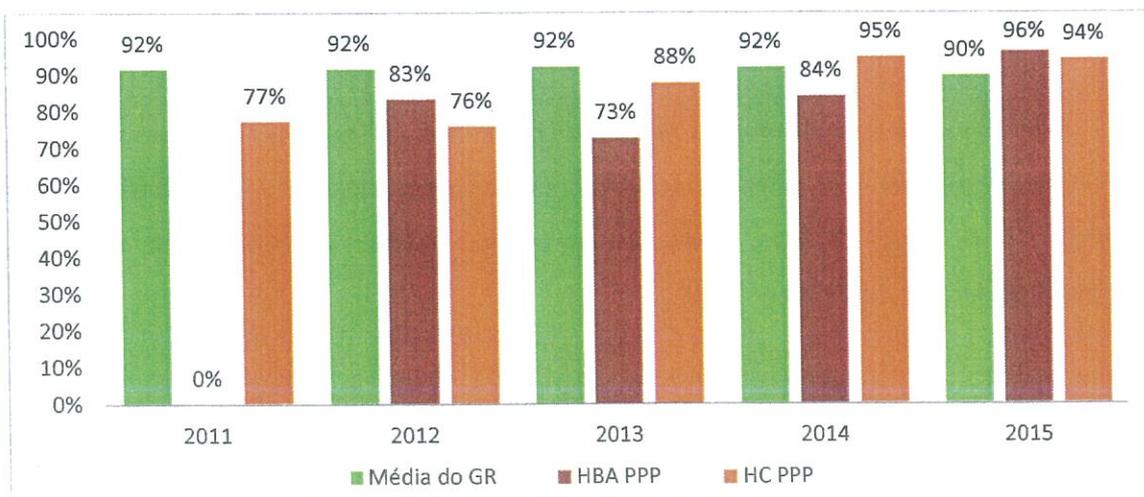
Gráfico 76 – Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

Ainda relativamente à lista de inscritos para cirurgia, importa referir que nos dois últimos anos o Hospital de Cascais foi, comparativamente à média dos hospitais do Grupo de Referência EP, aquele que apresentou uma maior percentagem da lista de inscritos com tempo de espera menor ou igual ao TMRG.

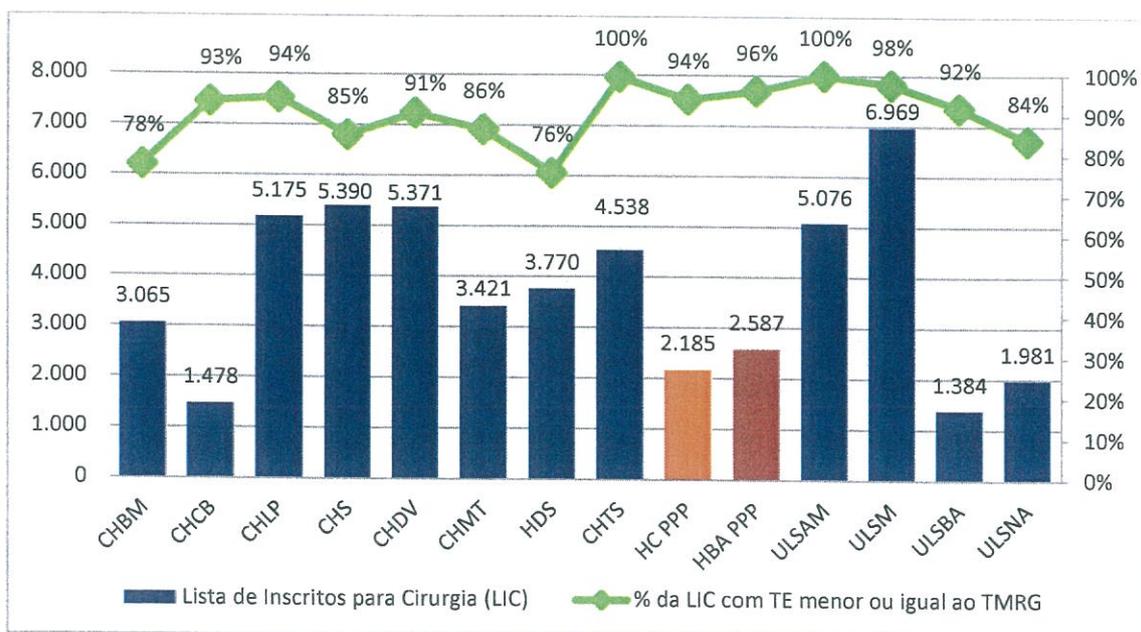
Gráfico 77 – Percentagem da lista de inscritos para cirurgia (LIC) com tempo de espera menor ou igual ao TMRG



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

No gráfico seguinte, é efetuada a análise conjunta da lista de inscritos para cirurgia e a percentagem desta mesma lista cujo tempo de espera é menor ou igual ao TMRG. Tal como pode ser observado, os utentes inscritos para cirurgia na generalidade dos hospitais do Grupo de Referência EP em 2015 foram na sua maioria atendidos dentro do tempo máximo de resposta garantido, sendo a percentagem da lista de inscritos para cirurgia com tempo de espera menor ou igual ao TMRG do Hospital de Cascais das mais expressivas.

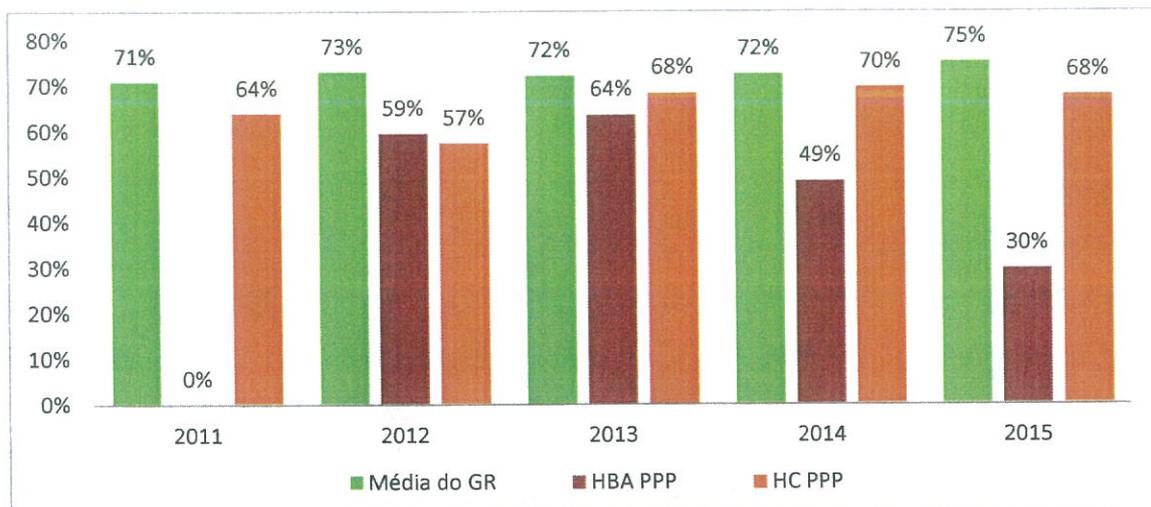
Gráfico 78 – LIC versus percentagem da LIC com tempo de espera menor ou igual ao TMRG para o ano de 2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

189. Em sentido contrário, e tal como é possível observar no gráfico seguinte, a percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG do Hospital de Cascais foi, ao longo de todo o período em análise, inferior à verificada na média dos hospitais do Grupo de Referência EP.

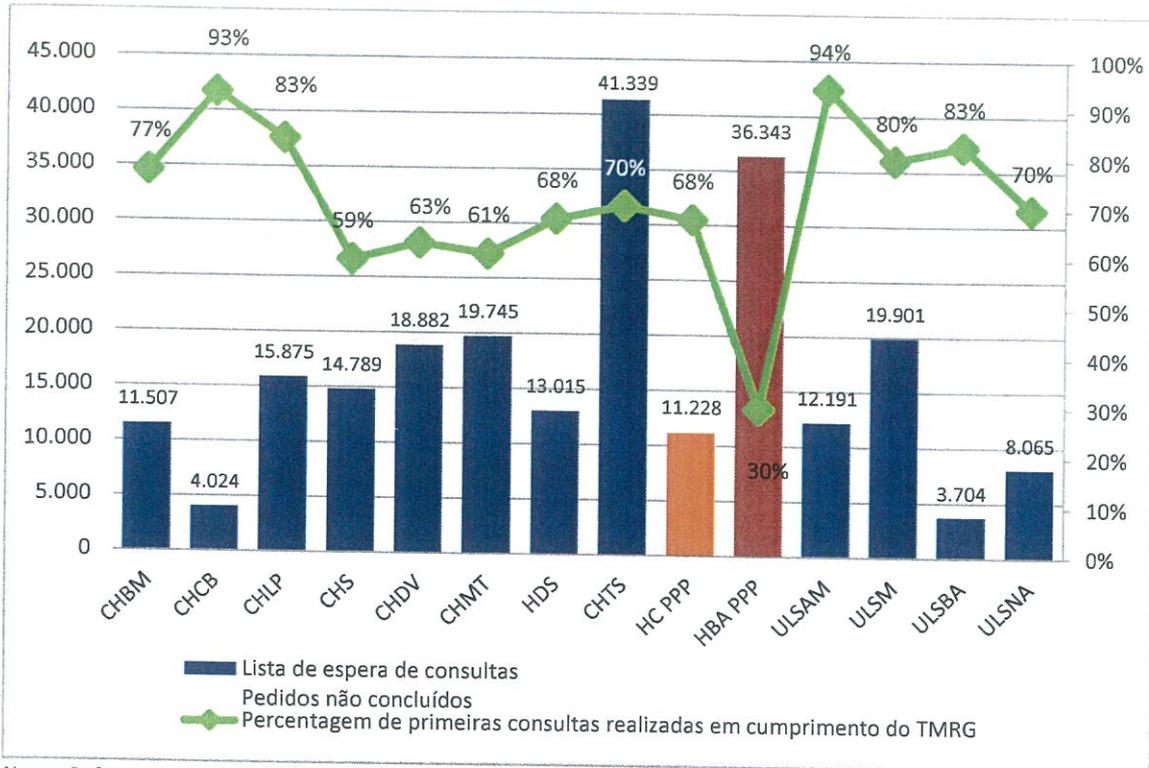
Gráfico 79 – Percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

De seguida apresenta-se a análise conjunta da lista de espera de consultas e a percentagem de primeiras consultas realizadas em 2015 em cumprimento do TMRG, constatando-se, relativamente a esta última, existir uma disparidade relativamente significativa entre os diversos hospitais dentro do Grupo de Referência EP e comparativamente com o Hospital de Cascais.

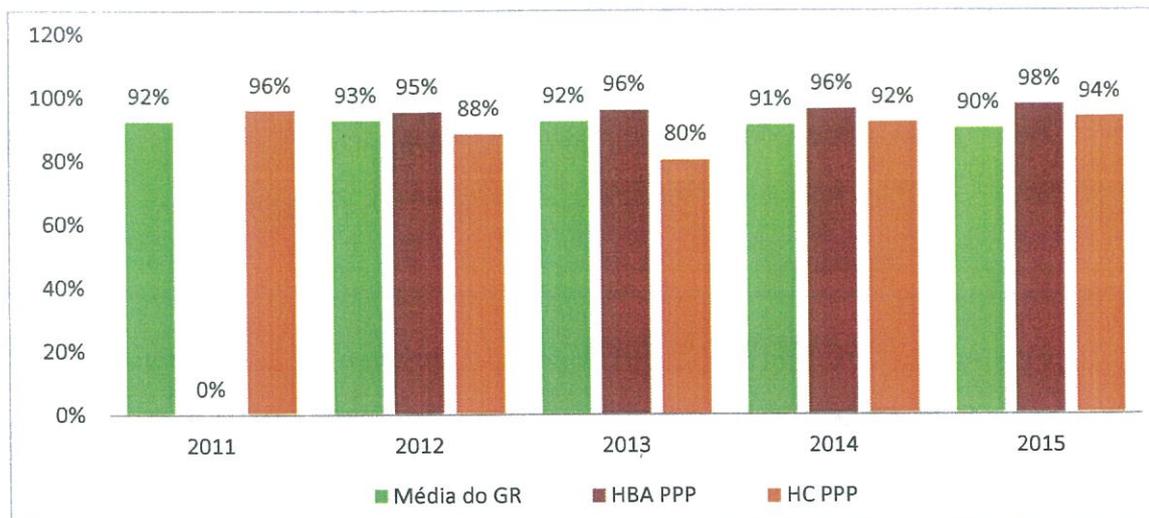
Gráfico 80 – Lista de espera de consultas (pedidos não concluídos) versus percentagem de primeiras consultas realizadas em cumprimento do TMRG para o ano de 2015



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

190. Por fim, no que diz respeito à percentagem de operados (em cirurgia programada) com tempo de espera menor ou igual ao TMRG, conclui-se que, de uma forma geral, a média dos valores dos hospitais do Grupo de Referência EP manteve-se relativamente estável ao longo do período analisado, tal como verificado no Hospital de Cascais, mas apenas nos dois últimos anos, nos quais a percentagem de operados com tempo de espera menor ou igual ao TMRG foi superior ao da média dos hospitais do Grupo de Referência EP.

Gráfico 81 – Percentagem de operados (cirurgia programada) com tempo de espera menor ou igual ao TMRG



Fonte: Informação disponibilizada pela ACSS.

191. Em face do exposto, e tendo por base a análise efetuada, conclui-se que a qualidade/eficácia da parceria de Cascais se encontra, em termos globais, relativamente em linha com a da generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, embora existam alguns indicadores nos quais o Hospital de Cascais apresenta resultados inferiores aos do Grupo de Referência EP (destacando-se, designadamente, a percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º grau e a sépsis pós-operatória).

3.2.1.3. AVALIAÇÃO DA PPP NA ÓTICA DO GESTOR DO CONTRATO

192. Ainda no contexto da avaliação do Contrato de Gestão, a Metodologia reclama a ponderação da *Performance individual da PPP*, traduzida na opinião do gestor do contrato (ARSLVT) relativamente à *execução contratual de facto*, i.e., ao desempenho do parceiro privado ao longo do período de execução já decorrido.

Assim sendo, nos números subsequentes proceder-se-á à descrição da avaliação feita pelo Gestor do Contrato da PPP de Cascais, com base nos textos e informações por este disponibilizados.

193. A avaliação do desempenho da EGEST, no período de 2009 a 2015, teve como principal suporte os relatórios de avaliação de desempenho elaborados pela EPC, com destaque para os anuais, bem como a informação reportada pela EGEST ao longo do período em causa.

Para o efeito, foram definidas as seguintes principais vertentes para a avaliação da prestação da EGEST, analisadas, autónoma e detalhadamente, de seguida:

- Produção;
- Desempenho por áreas;
- Qualidade dos Serviços;
- Articulação com os cuidados de saúde primários;
- Colaboração e relacionamento com a EPC;
- Colaboração e relacionamento com a Provedora do Utente.

Produção

194. Relativamente à área do *internamento*, a produção realizada pelo Hospital de Cascais foi crescendo ao longo do período em análise, tendo sido sempre superior à produção prevista estabelecida nos respetivos procedimentos anuais.

195. O mesmo não se pode afirmar relativamente à atividade de *cirurgia de ambulatório* nos primeiros dois anos do Contrato de Gestão (2009 e 2010). Com efeito, nestes anos, a atividade realizada foi inferior à atividade prevista, em cerca de 39% e 21%, respetivamente. Particularmente no ano de 2009, a atividade desenvolvida no bloco operatório, quer na componente da cirurgia convencional, quer na componente da cirurgia de ambulatório, foi inferior à ocorrida no período homólogo, em cerca de 19% e 16%, respetivamente. Por especialidade, destaca-se a diminuição mais acentuada na especialidade cirurgia geral, não só na vertente convencional, como também na cirurgia de ambulatório, e na especialidade de oftalmologia, na vertente de ambulatório.

Apenas a partir do ano de 2011 se verificou um nível de produção superior à atividade prevista para o respetivo ano. Foi, igualmente, a partir deste ano que se começaram a registar acréscimos na taxa de cirurgias de ambulatório face ao total de

cirurgias realizadas. Considerando a importância da evolução desta atividade no combate às listas de espera, a EPC desde sempre formalizou recomendações específicas no sentido de a EGEST incrementar a atividade de cirurgia de ambulatório.

196. Nos dois primeiros anos do Contrato de Gestão (2009 e 2010), a atividade de *consulta externa* foi inferior à atividade prevista em cerca de 6% e 3%, respetivamente. A partir do ano de 2011, passou a ser sempre superior à produção prevista anualmente.

Analisando a evolução da atividade relacionada com as primeiras consultas, constatamos que apenas nos anos de 2009 e 2012 a sua produção foi inferior à atividade prevista para os respetivos anos.

No entanto, analisando por especialidade, constata-se que a produção de primeiras consultas em determinadas especialidades cirúrgicas foi inferior à produção prevista. Enquadram-se nesta situação: **(i)** a especialidade de oftalmologia, cuja produção foi inferior em 42%, 27%, 8,8%, 4,1% e 6,7%, respetivamente nos anos de 2009, 2011, 2012, 2014 e 2015; **(ii)** a especialidade de ortopedia, cuja produção foi inferior em 15%, 11,8%, 12,4%, respetivamente nos anos de 2009, 2011 e 2012; e **(iii)** a especialidade de cirurgia geral, cuja produção foi inferior em 5,9%, 11,8%, 3,5%, 8,5% e 1,1%, respetivamente nos anos de 2010, 2012, 2013, 2014 e 2015.

Em resultado do anteriormente exposto, a EPC, de forma reiterada, emitiu recomendações específicas no sentido de a EGEST incrementar a acessibilidade às primeiras consultas, não só nas especialidades acima identificadas, como também noutras especialidades. No entanto, a taxa de primeiras consultas face ao total de consultas variou entre 36,3% e 39,2%, valores ocorridos em 2013 e 2011, respetivamente.

197. Na atividade de *hospital de dia* verificou-se uma certa irregularidade, já que a produção realizada nos anos de 2009, 2013 e 2014 foi inferior à produção prevista, tendo nos restantes anos sido superior.

198. No que diz respeito à atividade de *urgência*, o número de episódios ocorridos foi sempre superior ao número de episódios previstos, com exceção do ano de 2009.

199. De realçar que no ano de 2010, nas linhas de produção de internamento, cirurgia de ambulatório e hospital de dia, a atividade realizada a doentes fora da área de influência do Hospital de Cascais foi superior à permitida na cláusula 38.ª do Contrato de Gestão, sem que a EGEST tenha solicitado qualquer pedido de autorização, nos termos previstos nessa disposição contratual.

Apesar de este tema ter sido objeto de uma recomendação específica por parte da EPC, no sentido da implementação de medidas organizativas por parte da EGEST que visassem o cumprimento da referida cláusula, em 2011 verificou-se novo incumprimento na linha de produção de cirurgia de ambulatório.

De novo, foi reiterada a recomendação acima mencionada, não se tendo, nos anos seguintes, verificado incumprimento similar.

Desempenho por áreas

200. Como antes referido, no termos da cláusula 53.ª do Contrato de Gestão, a avaliação do desempenho da EGEST é anual e efetuada, quer por áreas de avaliação, quer de forma global.

A avaliação por *áreas* compreende as seguintes três componentes:

- *Resultados*: é avaliado o desempenho anual da EGEST no cumprimento dos PDR estabelecidos no Apêndice 1 do Anexo V ao Contrato de Gestão;
- *Serviço*: é avaliado o desempenho anual da EGEST no cumprimento dos Parâmetros de Desempenho de Serviço (“PDS”) estabelecidos no Apêndice 2 do Anexo V ao Contrato de Gestão;
- *Índice de satisfação dos Utentes*, nos termos do Anexo VII ao Contrato de Gestão.

201. Relativamente à componente **Resultados**, importa registar que a avaliação do desempenho da EGEST foi, desde o início da vigência do Contrato de Gestão, realizada a partir de um número residual e pouco expressivo de PDR. Isto deveu-se sobretudo ao facto de a maioria dos PDR dependerem, para efeitos de fixação do respetivo valor de referência, dos resultados dos Hospitais do Grupo de Referência (“HGR”), que nunca se afigurou possível obter, uma vez que estes hospitais não procedem à sua monitorização.

Isto, para mais, quando os resultados obtidos pelos HGR são os únicos que poderiam ser considerados, pelo facto de o Contrato de Gestão não prever a possibilidade de fixação de valores de referência com base nos resultados do próprio hospital, numa perspectiva de melhoria contínua⁸⁰.

Assim, em face da inexistência de resultados dos HGR para valores de referência, o quadro de avaliação desta vertente foi o seguinte:

a. *Período de transição* (até 15 de março de 2010):

- Aplicáveis os 19 PDR previstos no Ponto A] do Apêndice 1 do Anexo V ao Contrato de Gestão, dos quais apenas 5 PDR foram suscetíveis de avaliação;
- Neste período, verificou-se o incumprimento dos seguintes PDR:
 - “PDR A16 – Taxa de realização de cesarianas”, parâmetro não suscetível de penalização financeira mas apenas de apresentação de relatório justificativo do desvio;

b. *A partir de 15 de março de 2010:*

- Aplicáveis 18 PDR do referido ponto A] (deixando de ser aplicável o PDR A1, restrito ao período de transição) e passando a ser apenas 4 PDR deste ponto suscetíveis de avaliação;
- Passaram a ser aplicáveis os PDR do ponto B], com as seguintes ressalvas:
 - Entre 2010 e 2012, apenas foram aplicáveis 38 PDR (7 dos quais suscetíveis de avaliação) do total de 41 PDR deste ponto, uma vez que, nos termos do n.º 11.3 do Anexo VII ao Contrato de Gestão, os PDR relativos a **(i)** tempos médios de espera para primeira consulta externa (B5); a **(ii)** internamento cirúrgico programado (B9); e a **(iii)** cirurgia de ambulatório (B10) apenas passaram a ser aplicáveis em 2013;
 - Relativamente a estes 3 PDR, o Contrato de Gestão prevê a possibilidade de, em caso de incumprimento dos tempos médios de espera estabelecidos, não serem aplicadas deduções caso a EGEST iguale ou exceda a respetiva produção prevista (*cf.* n.º 11 do Anexo VII). É por

⁸⁰ Com efeito, apesar de o caderno de encargos do Contrato de Gestão prever que a fixação de valores de referência pudesse ser realizada com base nos resultados do próprio hospital, essa possibilidade não ficou plasmada no contrato celebrado.

força deste regime contratual que, conforme se verá de seguida, os incumprimentos verificados nestes PDR nunca conduziram lugar à aplicação de penalizações;

- A partir de 2013, passou a ser aplicável o total de 41 PDR do ponto B], dos quais 10 suscetíveis de avaliação;
- Assim sendo, entre 2010 e 2012, apenas foram suscetíveis de avaliação 11 PDR (de um total de 56 aplicáveis), com os seguintes resultados:
 - No ano de 2010, não foram identificados incumprimentos;
 - No ano de 2011, verificou-se apenas o incumprimento do PDR “B24 - Taxa de execução de técnicas com Consentimento Informado”, com aplicação de 35,79 pontos de penalização;
 - No ano de 2012, não se registaram novamente incumprimentos;
- A partir de 2013 e até à data, passaram a ser suscetíveis de avaliação 14 PDR (de um total de 59 aplicáveis), com os seguintes resultados:
 - Em 2013, foram incumpridos os PDR A6, A16, B5, B9 e B10, mas apenas tendo sido penalizado o incumprimento do PDR “A6 – Taxa de primeiras Consultas da Produção Efetiva”, com aplicação de 14,03 pontos de penalização, em virtude de, como se viu, *(i)* de não serem aplicáveis penalizações à violação do PDR A16, mas antes a exigência de apresentação de relatório justificativo do desvio; e *(ii)* os PDR B5, B9 e B10 beneficiarem do regime constante do n.º 11 do Anexo VII;
 - Em 2014, registou-se apenas o incumprimento do PDR B9, que, mais uma vez, não foi alvo de penalização, por aplicação do n.º 11 do Anexo VII;
 - Em 2015, registou-se o incumprimento do PDR B10, também ele abrangido pelo referido regime do n.º 11 do Anexo VII. Já em sede de reconciliação, e considerando o resultado das auditorias da EPC em que se procedeu à reclassificação de primeiras consultas em consultas subsequentes, verificou-se ainda o incumprimento do PDR A6 (Taxa de primeiras Consultas da Produção Efetiva), com aplicação de 3,11 pontos de penalização, sem contudo ter efeitos na avaliação da EGEST na componente resultados (“Muito Bom”).

202. Todos estes dados constam, de forma esquemática, e por referência aos correspondentes anos, do seguinte quadro:

Parâmetro de Desempenho de Resultado	2009	2010 **	2011	2012	2013	2014	2015
Número de PDR's existentes	60	60	60	60	60	60	60
Número de PDR's aplicáveis	19	56	56	56	59	59	59
Número de PDR's avaliados	5	11	11	11	14	14	14
Número de PDR's não avaliados	14	45	45	45	45	45	45
Número de PDR's avaliados							
Número de PDR's em incumprimento	1	0	1	0	5	1	2
Número de PDR's em incumprimento que não originaram penalização	1	0	0	0	4	1	1
Número de PDR's em incumprimento que originaram penalização	0	0	1	0	1	0	1

*PDR sem penalização mas apenas suscetível de Relatório Justificativo do Desvio ou sem penalização por aplicação do n.º 11 do Anexo VII ao Contrato.

** Até 15.03.2010 (data da transferência para o novo Edifício Hospitalar) são aplicáveis os PDR's de 2009.

Da sua análise sobressai, em síntese, que a indisponibilidade de resultados dos HGR para efeitos de fixação de valores de referência determinou que, dos 60 PDR previstos no Contrato de Gestão⁸¹, apenas um número residual de parâmetros fosse suscetível de avaliação. Isto traduz-se, a montante, na minimização do risco de incumprimento, permitindo à EGEST obter, de forma sistemática, a classificação de “Muito Bom” nesta componente de avaliação.

Considera-se pois, que, o facto de o Contrato de Gestão limitar a fixação de valores de referência aos resultados dos HGR inviabilizou a real e efetiva avaliação do desempenho da EGEST nesta matéria, porquanto os hospitais do SNS não monitorizam os indicadores relevantes.

203. Já no que respeita à componente **Serviço** afigurou-se possível, desde o início da vigência do Contrato de Gestão, proceder de forma cabal à avaliação do desempenho da EGEST, uma vez que os PDS incidem essencialmente sobre obrigações relativas à disponibilização/envio de informação. Apenas um dos PDS (num universo de 23) não foi suscetível de avaliação, por indisponibilidade de informação dos HGR; referimo-nos ao PDS 5, relativa à apresentação pela EGEST de diagnóstico e plano de medidas para corrigir

⁸¹ 19 PDR do Ponto A] e 41 PDR do Ponto B], sendo que um dos PDR do Ponto A] apenas tem aplicação no período de transição.

os problemas relativos à cobrança de receitas de terceiros pagadores, no prazo estabelecido no n.º 2 da cláusula 49.ª do Contrato de Gestão.

Dos 22 PDS suscetíveis de avaliação, registaram-se os seguintes incumprimentos:

- 2009:
 - PDS 1 (*“A EGEST apresentou, conforme previsto no n.º 7 da cláusula 38ª do Contrato, diagnóstico e plano de medidas para corrigir problemas quanto aos objetivos de produção constantes nos n.ºs 3, 4, 5 e 6 da Cláusula 38ª”*), com aplicação de 50 pontos de penalização;
 - PDS 18 (*“A EGEST dispõe de um inventário atualizado dos Equipamentos e Sistemas Médicos, nos termos do Anexo X”*), com aplicação de 25 pontos de penalização;
- 2010:
 - PDS 2 (*“A codificação dos Episódios de Internamento e das Intervenções em Cirurgia de Ambulatório é realizada dentro dos prazos estabelecidos no regulamento interno do núcleo de codificação”*), com aplicação de 15 pontos de penalização;
- 2011:
 - PDS 2 (*“A codificação dos Episódios de Internamento e das Intervenções em Cirurgia de Ambulatório é realizada dentro dos prazos estabelecidos no regulamento interno do núcleo de codificação”*), com aplicação de 15 pontos de penalização;
 - PDS 12 (*“A EGEST apresenta o plano de medidas corretivas a que se refere a alínea a) do n.º 3.8 do Anexo VII”*), com aplicação de 100 pontos de penalização.
- 2013:
 - PDS 2 (*“A codificação dos Episódios de Internamento e das Intervenções em Cirurgia de Ambulatório é realizada dentro dos prazos estabelecidos no regulamento interno do núcleo de codificação”*), com aplicação de 0,1 pontos de penalização;
 - PDS 8 (*“A EGEST entregou toda a informação trimestral e semestral exigida nos termos da Cláusula 129ª n.º 4, excluindo a informação semestral constante dos Parâmetros de Desempenho de Serviço n.º 10 e 20”*), com aplicação de 6,5 pontos de penalização.

Os dados acima alinhados constam, de forma esquemática, e por referência aos correspondentes anos, da do seguinte quadro:

Parâmetro de Desempenho de Serviço	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de PDS's existentes	23	23	23	23	23	23	23
Número de PDS's aplicáveis	23	23	23	23	23	23	23
Número de PDS's avaliados	22	22	22	22	22	22	22
Número de PDS's não avaliados	1	1	1	1	1	1	1
Número de PDS's avaliados							
Número de PDS's em incumprimento	2	1	2	0	2	0	0
Número de PDS's em incumprimento que não originaram penalização	0	0	0	0	0	0	0
Número de PDS's em incumprimento que originaram penalização	2	1	2	0	2	0	0

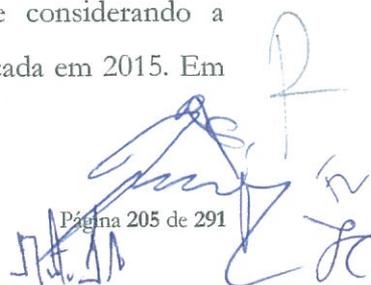
A aplicação desses PDS traduziu-se, em termos de avaliação qualitativa do serviço, em classificações de “Satisfatório” em 2009 e 2011 e de “Muito Bom” nos restantes anos.

204. No que respeita à avaliação da componente *Satisfação*, determina o Contrato de Gestão que se proceda à comparação entre os índices de satisfação obtidos nos inquéritos realizados aos utentes do Hospital de Cascais e os índices obtidos pelos demais hospitais públicos, incluídos nos estudos realizados pelo Ministério da Saúde, não se aplicando, para efeitos de avaliação do desempenho da EGEST, os resultados obtidos no inquérito de satisfação realizado durante o período de transição.

Sendo este o regime contratual, o certo é que nunca se afigurou possível a avaliação da EGEST nesta componente, em virtude de o Ministério da Saúde ter interrompido a realização dos inquéritos a partir de 2009 e até 2014.

Tendo sido retomados em 2015, constatou-se, todavia, que a metodologia aplicada nos referidos inquéritos diverge substantivamente da metodologia aplicada nos estudos anteriores, inviabilizando o exercício de *benchmarking* necessário à avaliação do desempenho das EGEST. De facto, os inquéritos agora realizados visam uma avaliação macro para identificar a satisfação global dos utentes, relativamente à perceção da sua satisfação pelos cuidados de saúde prestados pelo sistema de saúde, quer do sector público, quer do sector privado. Ora, ao não serem alvo de análise as instituições de saúde *per se*, mas numa perspetiva global e anonimizada, resulta inviável o exercício de comparação dos índices obtidos, tal como preconiza o Contrato de Gestão.

Não obstante, e conforme determina o Contrato de Gestão, a EGEST desde sempre promoveu a realização dos inquéritos por entidade independente e considerando a metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde antes da alteração verificada em 2015. Em



termos de resultados, o índice médio global de satisfação dos utentes do Hospital de Cascais tem sido muito positivo, mantendo-se entre os 8,3 e os 8,5 (numa escala de 1 a 10), excetuando-se o ano de 2009, com um índice de 6,9 e de 2012, com 7,9. No que respeita ao ano de 2009, este índice mais baixo pode porventura ser explicado pelo facto de se tratar do primeiro ano de vigência do Contrato de Gestão, em que a atividade da EGEST era realizada ainda no antigo edifício hospitalar, com constrangimentos vários, nomeadamente ao nível da estrutura física. Aliás, estas especificidades já eram expectáveis, tanto que, conforme acima referido, o próprio contrato previa que os resultados obtidos no inquérito de satisfação realizado durante esse ano (o período de transição) não seriam considerados para efeitos de avaliação do desempenho da EGEST.

Qualidade dos Serviços

205. Relativamente às obrigações em matéria de Qualidade, previstas na cláusula 61.ª e densificadas no Anexo VII do Contrato de Gestão, foram as mesmas cumpridas pela EGEST, sem prejuízo de dificuldades evidenciadas na execução destas obrigações contratuais, particularmente nos primeiros anos de vigência do Contrato (2009-2011).

De facto, nos primeiros anos de atividade, o esforço organizativo imposto pelas obrigações contratuais visadas nas referidas disposições contratuais, com exigências várias, nomeadamente ao nível da produção de documentação, alguma da qual a submeter à aprovação da EPC, nem sempre encontrou a resposta mais adequada e/ou atempada por parte da EGEST. Desde logo, é de registar que a submissão tardia da proposta de sistema de monitorização para aprovação da EPC, apesar dos sucessivos alertas por parte da EPC, gerou a aplicação de uma multa contratual.

No entanto, importa assinalar, atualmente, a maior disponibilidade e cooperação da EGEST em dar cumprimento às solicitações e determinações da EPC, o que se regista como muito positivo.

206. Em matéria de Qualidade importa, desde logo, destacar que a EGEST promoveu a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade dinâmico e proactivo, com enfoque nas pessoas (utentes e profissionais), nos processos, nas estruturas/equipamentos e nos resultados. Como principais resultados destaca-se:

- A obtenção da Certificação ISO 9001 dos serviços definidos no Contrato de Gestão, o que se concretizou, no caso específico dos serviços não subcontratados a terceiras entidades, em maio de 2011. Anualmente, a entidade certificadora realiza a respetiva auditoria de acompanhamento encontrando-se o processo no 2.º ciclo, com a obtenção da recertificação em 2014;
- A obtenção da Certificação Ambiental nos termos da norma 14001, cuja auditoria de certificação concretizou-se, de igual forma, em 2011. Do mesmo modo que para a certificação ISO 9001, a EGEST tem assegurado a realização das auditorias anuais de acompanhamento pela entidade certificadora, encontrando-se o processo no 2.º ciclo, com a obtenção da recertificação em 2014;
- A obtenção da acreditação total do Hospital de Cascais, o que se veio a concretizar, sob o referencial da *Joint Commission International*, previamente aprovado pela EPC, nos termos da alínea *l*) do n.º 1 da cláusula 128.ª do Contrato de Gestão, em junho de 2012. Anualmente, a EGEST promove a realização da auditoria de *follow-up* pela entidade acreditadora, tendo sido obtida em 2015 a reacreditação do Hospital de Cascais;
- A implementação, nas três áreas do Serviço de Urgência (Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica), do Sistema de Triagem de Manchester (atualmente já na versão MTS 2);
- A implementação do programa de monitorização dos Parâmetros de Desempenho de Resultado, inserido no contexto mais vasto de um sistema de monitorização da atividade da EGEST.

Relativamente a esta componente existiram desde o início da vigência do Contrato de Gestão divergências várias entre as partes, quer ao nível da definição dos requisitos funcionais a atender no apuramento dos PDR, quer ao nível da automatização do sistema. De registar que a submissão tardia da proposta de sistema de monitorização para aprovação da EPC, associada à interpretação que a EGEST fez do objeto visado nessa aprovação, que determinou a sua incompletude, geraram a aplicação de uma multa contratual. Relativamente às divergências acima identificadas, importa assinalar a maior disponibilidade e cooperação da EGEST em dar cumprimento às solicitações e determinações da EPC, o que se regista como muito positivo.

- A realização anual de estudos de satisfação de utentes e profissionais com resultados globalmente muito positivos, nomeadamente no caso da satisfação dos utentes;
- A adesão às orientações do Ministério da Saúde em matéria de qualidade e segurança dos doentes, com a elaboração e implementação do plano de ação da Comissão de Qualidade e Segurança, o qual, visando os objetivos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, tem incidido na melhoria da qualidade clínica e organizacional, no reforço da segurança dos doentes e na sua monitorização permanente;
- A constituição e funcionamento, em linha com o regime obrigatório para o sistema de gestão pública, de órgãos de apoio técnico como seja o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (GCL PPCIRA), a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Comissão de Ética para a Saúde, a Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços, a Equipa de Gestão de Altas, a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, entre outros.

Articulação com os cuidados de saúde primários

207. Desde a criação do Agrupamento de Centros de Saúde (“ACES”) do Concelho de Cascais em 2009, a articulação com o Hospital de Cascais, que constitui o hospital de referência das unidades que integram este ACES, tem constituído um desiderato prioritário dentro das atividades que constituem o Plano de Desempenho deste ACES.

208. Numa fase inicial, este objetivo foi muito difícil de concretizar, sobretudo pelas mudanças que o hospital estava a sofrer. Mas, tendo as novas instalações sido inauguradas em 2010, houve, nesse ano, da parte do hospital, disponibilidade para manter estreitas relações com o ACES, tendo para tal sido realizadas várias reuniões de apresentação dos serviços do novo hospital.

Em 2011 e 2012, privilegiou-se o trabalho no âmbito da Unidade Coordenadora Funcional da Mulher e da Criança, cujo protocolo foi assinado em 2012, tendo ainda sido transferida para o ACES a consulta de acompanhamento dos doentes Hipo coagulados.

A partir de 2014, assistiu-se à alteração do paradigma na determinação do Hospital de Cascais, com uma articulação mais efetiva com os cuidados de saúde primários, verificando-se, a partir de então, um trabalho mais consistente, quer a nível dirigente, quer a nível de equipas, no sentido de conseguir uma articulação adequada aos interesses dos utentes.

209. Em conclusão, a articulação entre os cuidados de saúde primários e o Hospital de Cascais tem vindo a crescer progressivamente, constituindo a realização das 1.ªs Jornadas Conjuntas de Saúde, previstas para novembro de 2016, um marco inequívoco da vontade e determinação de todos os interessados na promoção de uma articulação verdadeiramente efetiva.

Colaboração e relacionamento com a EPC

210. Nesta vertente, o desempenho da EGEST teve significativas melhorias a partir de 2012, sendo que atualmente é de salientar a total disponibilidade e colaboração no desenvolvimento saudável da parceria.

No entanto, nos anos de 2009, 2010 e grande parte de 2011, verificaram-se algumas dificuldades ao nível do cumprimento de um conjunto de obrigações contratuais que embora tenham sido objeto de sucessivas recomendações ou pedidos de esclarecimentos por parte da EPC, a EGEST nem sempre priorizou no sentido do cumprimento adequado dos requisitos em causa, como também, de forma reiterada persistiu em não responder cabalmente aos pedidos de informação que lhes eram solicitados.

211. Foi assim que, no período em causa, por força dos incumprimentos contratuais verificados, e apesar dos pedidos formulados de forma reiterada pela EPC, vieram a ser aplicadas multas com os seguintes fundamentos:

- Não submissão para aprovação da EPC do sistema de monitorização (2010);
- Não apresentação do Regulamento do Serviço de Urgência (2010);
- Não prestação de informação sobre recursos humanos (2011);
- Violação do dever de adoção de livro de reclamações nas diferentes áreas de prestação de cuidados (2011);

- Regulamento do Serviço de Urgência (2014).

Também foi o caso do incumprimento /cumprimento defeituoso de um conjunto de obrigações contratuais que requerem o acompanhamento e monitorização do seu cumprimento por parte da EPC, nomeadamente não pronúncia ao relatório de auditoria ao sistema de informação realizada pela EPC e não preenchimento do SICA e outras com impacto na área da qualidade, das quais se destacam documentos organizativos ou normativos importantes para o funcionamento do Hospital tais como: “Modelo assistencial e organizacional”, Protocolos e guias clínicos” Outros documentos de organização ou normativos de funcionamento do Hospital”, “Constituição e Regulamento da Comissão de Ética”, “Constituição e regulamento de funcionamento da Comissão de Humanização e qualidade dos serviços”, “Constituição e regulamento de funcionamento da Comissão de farmácia e terapêutica”, “Carta de direitos do utente e manual de acolhimento”, “Plano de Equipamentos e Sistemas Médicos”.

Colaboração e relacionamento com a Provedora do Utente

212. No âmbito da atividade da Provedora do Utente, a colaboração e a postura da EGEST manifestou-se de forma irregular ao longo do período em análise.

213. Nos dois primeiros anos do Contrato de Gestão, foram emitidas várias recomendações específicas que não mereceram, por parte da EGEST, a atenção e prontidão de resposta desejáveis, apesar dos pedidos reiterados da Provedora do Utente.

É o caso dos pedidos relacionados com a necessidade de serem equacionadas estratégias no sentido de garantir aos familiares de utentes assistidos no serviço de urgência geral informações adequadas e em tempo útil, a resposta formal às recomendações da Provedora, comunicando a sua posição e as medidas a adotar, a divulgação da existência do Provedor do Utente (conforme previsto no n.º 2 da cláusula 131.ª) e a tomada de medidas no sentido de minimizar a incidência dos problemas identificados pelos utentes.

214. Na segunda metade de 2011, no ano de 2012 e primeira metade de 2013, a articulação entre a EGEST e a Provedora do Utente, em resultado de uma colaboração e relação interpessoal mais ativas, foi positiva e profícua.

215. Posteriormente, na segunda metade de 2013 e no ano de 2014, embora tivessem existido contactos periódicos entre as partes, as recomendações não foram maioritariamente adotadas pela EGEST, nomeadamente as relacionadas com questões de natureza técnica, como a inserção exaustiva das exposições/reclamações, a prontidão no registo no SIM-Cidadão, a resposta da audição dos serviços e conseqüente resposta ao utente, e a qualidade das respostas, que continuavam a não refletir uma resolução satisfatória dos motivos que as originaram.

216. Pelo contrário, durante o ano de 2015, a EGEST, numa atitude de maior dinamismo e colaboração com a Provedora do Utente, evidenciou sinais claros de melhoria no que respeita à resolução de problemas, traduzidos em sessões de esclarecimento junto dos diretores de serviço sobre a implementação de novos procedimentos. Os aspetos técnicos melhoraram substancialmente, ficando por resolver, a este nível, um reduzido número de situações, nomeadamente no que diz respeito à inserção exaustiva das exposições/reclamações.

Conclusões

217. Da análise da produção ressalta que, globalmente, a produção realizada superou a produção prevista, com exceção da cirurgia de ambulatório e da consulta externa, que nos dois primeiros anos do Contrato de Gestão apresentaram uma produção efetiva inferior à prevista.

É ainda de salientar que, no que diz respeito à consulta externa, as primeiras consultas realizadas de determinadas especialidades cirúrgicas ficaram, em vários anos, aquém das respetivas produções previstas, o que de alguma forma também contribuiu para uma menor acessibilidade nas áreas respetivas. Como exposto acima, a EPC no seu exercício de acompanhamento, emitiu recomendações no sentido de o Hospital de Cascais incrementar a acessibilidade às primeiras consultas, bem como reduzir os tempos médios para marcação das mesmas.

O mesmo enfoque foi dado pela EPC à atividade de cirurgia de ambulatório, que, a partir de 2011, registou acréscimos na taxa de cirurgias de ambulatório.

218. Relativamente à componente de avaliação de desempenho de resultados, (Parâmetros de Desempenho de Resultado), importa salientar que a referida avaliação se revela precária, na medida em que o número de PDR em que se afigurou possível proceder à respetiva avaliação foi residual. Esta situação deveu-se ao facto de a grande maioria dos PDR dependerem, para efeitos de fixação do respetivo valor de referência, dos resultados dos HGR, o que nunca se afigurou possível obter já que estes hospitais não procedem à sua monitorização. Este fator, aliado ao facto de o contrato não prever a possibilidade de fixação de valores de referência com base nos resultados do próprio hospital, constitui um obstáculo para a verdadeira avaliação do desempenho da EGEST nesta componente.

Situação diferente é a que diz respeito à avaliação da componente Serviço (Parâmetros de Desempenho de Serviço), que incide essencialmente sobre obrigações de disponibilização/envio de informação, e em que, no período de 2009 a 2015, a avaliação anual tem sido de “Muito Bom”, com exceção de 2009 e 2011, em que foi “Satisfatória”.

Também no que respeita à avaliação da componente Satisfação, se registou uma total impossibilidade de avaliação. Com efeito, não foi possível cumprir a determinação contratual no sentido de proceder à comparação dos índices de satisfação obtidos nos inquéritos aos utentes do Hospital de Cascais com os dos demais hospitais públicos, seja porque o Ministério da Saúde interrompeu a realização dos inquéritos entre 2009 e 2014, seja porque os inquéritos realizados a partir de 2015 assentam numa diferente metodologia, que inviabiliza a comparabilidade de resultados entre hospitais.

219. Na vertente da Qualidade dos Serviços, as obrigações contratuais da EGEST têm vindo a ser cumpridas, apesar de, nos primeiros anos de vigência do Contrato (2009-2011), se ter constatado dificuldades na sua execução das obrigações contratuais.

Em termos de Qualidade dos Serviços, é de realçar o facto de a EGEST ter obtido e mantido a acreditação do hospital ao longo dos sucessivos anos, o que se afigura como prova manifesta de que o desempenho da EGEST é realizado em conformidade com os *standards* preconizados, encontrando-se assim assegurada a prestação de cuidados de saúde com qualidade. Assinala-se, ainda, a maior disponibilidade e cooperação da EGEST em dar cumprimento às solicitações e determinações da EPC, o que se regista como muito positivo.

220. No que se refere à articulação com os cuidados de saúde primários, é de realçar que a mesma tem sido progressivamente crescente, através de um trabalho mais consistente, envolvendo os vários serviços do hospital.

221. Sobre a colaboração e relacionamento com a EPC, registaram-se significativas melhorias a partir ano de 2012, sendo atualmente de assinalar a total disponibilidade e colaboração da EGEST no desenvolvimento saudável da parceria.

No entanto, nos anos de 2009, 2010 e grande parte de 2011, verificaram-se incumprimentos contratuais que, apesar dos pedidos formulados de forma reiterada pela EPC, conduziram à aplicação de 4 multas, no total de 5 que até ao momento foram aplicadas.

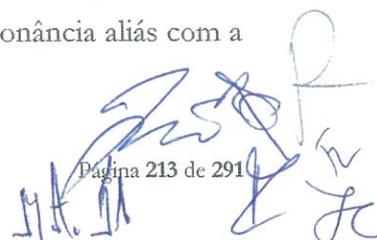
222. No âmbito do relacionamento com a Provedora do Utente, também se verificou, nos primeiros anos de vigência do Contrato, uma insuficiente colaboração por parte da EGEST, traduzida na pouca disponibilidade para, não só acatar várias recomendações emitidas pela Provedora, como também nas respostas tão prontas quanto o desejável, apesar dos pedidos reiterados da Provedora.

Atualmente, porém, a EGEST evidenciou sinais claros de melhoria no que respeita à resolução de problemas, traduzidos em sessões de esclarecimento junto dos diretores de serviço sobre a implementação de novos procedimentos, sendo que os aspetos técnicos relacionados com o tratamento das exposições/reclamações melhoraram substancialmente.

3.2.1.4. AVALIAÇÃO DA PARCERIA NA ÓTICA DOS DEMAIS STAKEHOLDERS

223. No âmbito da sua atividade, a EGEST relaciona-se com diversos *stakeholders*, destacando-se os próprios utentes, os colaboradores e as entidades referenciadas e referenciadoras.

A Equipa de Projeto considerou que, no âmbito da sua análise, e, concretamente, para efeitos de avaliação da prestação do parceiro privado nas várias vertentes previstas no Contrato de Gestão, assumir-se-ia como um ponto relevante – em consonância aliás com a



Metodologia exposta *supra* – a obtenção de uma avaliação da PPP por parte dos referidos *stakeholders*.

Neste Capítulo, apresenta-se, apenas, a opinião dos *stakeholders* do Hospital de Cascais ao nível das redes de referênciação.

224. Com efeito, a EGEST, no contexto da sua atividade diária, mantém um relacionamento recorrente ao nível das redes de referênciação, seja quando funciona como entidade referenciada (tal como acontece no caso do ACES, nos termos e para os efeitos do previsto na cláusula 33.ª do Contrato de Gestão), seja como entidade referenciadora (representando o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental o seu principal hospital de referência, nos termos do previsto na cláusula 35.ª do Contrato de Gestão).

A integração do Hospital de Cascais no SNS e, em concreto, a sua articulação com as redes de referênciação no que concerne à transferência e fluxos de utentes, encontra-se regulada nas cláusulas 32.ª a 35.ª do Contrato de Gestão, sendo de destacar, o facto de esta articulação ser objeto de monitorização por parte da EPC, podendo o incumprimento contratual da EGEST, a este respeito, traduzir-se na aplicação de deduções ao valor da sua remuneração, nos termos da cláusula 54.ª daquele contrato.

Assim, qualquer transferência de utentes realizada fora dos casos previstos nos n.ºs 3 e 4 da cláusula 32.ª do Contrato de Gestão é classificada como uma transferência indevida e constitui uma falha específica de desempenho nos termos da cláusula 54.ª do mesmo contrato, dando origem à aplicação de deduções à remuneração da EGEST, *exceto* quando essa transferência ocorra por **(i)** falta de capacidade técnica da EGEST, tendo em conta a valência em que as prestações de saúde se integram e o perfil assistencial do estabelecimento hospitalar; **(ii)** falta dos meios humanos e técnicos necessários, em situações em que a EGEST não disponha, nem deva dispor, dos mesmos, tendo em consideração o perfil assistencial, a capacidade operacional e a produção prevista; bem como **(iii)** “quando já tenham sido excedidos os limites de Produção Prevista estabelecidas em Internamento, Cirurgia de Ambulatório, Consulta Externa e Hospital de Dia Médico para esse tipo de Utente, tipificando-se os mesmos em função da sua área de residência ou centro de saúde de inscrição, com exceção dos Atendimentos em Urgência” (cfr. n.º 4 da cláusula 32.ª do Contrato).

225. Não obstante se considerar que o referido mecanismo das deduções funciona, *de per se*, como um claro incentivo ao alinhamento de interesses entre as partes, mitigando os custos de agência que decorrem para o Estado Português no contexto da parceria, procurou-se, ainda assim averiguar, junto das referidas entidades pertencentes à rede de referência, por um lado, em que medida o relacionamento com o Hospital de Cascais tem sido profícuo nas diversas vertentes relevantes e, por outro lado, em que medida, de acordo com a sua experiência, os resultados do seu relacionamento com o Hospital de Cascais se consideram alinhados/melhores/piores com os do relacionamento com outras entidades do SNS.

Avaliação da parceria na perspetiva dos ACES

226. Nos termos do disposto na cláusula 33.ª do Contrato de Gestão, a EGEST encontra-se obrigada a “estabelecer mecanismos de comunicação e articulação com os centros de saúde e unidades de saúde familiar situados na Área de Influência do Hospital de Cascais”, tendo em vista, designadamente: (i) otimizar a utilização dos recursos hospitalares, nomeadamente no caso da urgência; (ii) facilitar o acesso aos serviços do estabelecimento hospitalar pelos utentes inscritos nos centros de saúde situados na área de influência do Hospital de Cascais; (iii) assegurar a coordenação do acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados após a alta, designadamente de cuidados domiciliários; e (iv) garantir a circulação e a confidencialidade da informação clínica relevante sobre os utentes.

227. Tendo em consideração o referido relacionamento existente entre a EGEST e as unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente aquelas com as quais o parceiro privado se articula nos termos das redes de referência, a Equipa de Projeto considerou pertinente, para efeitos de avaliação da parceria de Cascais, recolher os contributos dos ACES de Cascais e de Sintra, na qualidade de “*stakeholders*”, promovendo-se, para tal, a realização de um inquérito, através do qual se procurou obter opiniões dos referidos *stakeholders* nas várias dimensões consideradas relevantes para garantia de um profícuo relacionamento entre as partes e um correto funcionamento das redes de referência (*cf.* modelo de inquérito ACES, constante do Anexo 15 ao presente Relatório).

Para efeitos da interpretação dos resultados obtidos com os referidos inquéritos, importa ter presente que, nos termos do Contrato de Gestão, as unidades de cuidados de saúde primários do ACES de Cascais referenciam e articulam-se com o Hospital de Cascais no âmbito de todas as especialidades constantes do perfil assistencial deste hospital, ao passo que o ACES de Sintra referencia e articula-se com o Hospital de Cascais apenas no âmbito da saúde materno-infantil e apenas para as freguesias de Algueirão-Mem Martins, Pêro Pinheiro, Colares, S. João das Lampas, Sintra (Santa Maria e São Miguel), Sintra (S. Martinho), Sintra (S. Pedro de Penaferrim) e Terrugem (*cf.* cláusula 29.ª, n.º 2, do Contrato de Gestão).

228. Analisados os resultados dos referidos inquéritos, concluiu-se o seguinte:

- No processo de articulação, por iniciativa dos ACES, em termos globais, a *disponibilidade* do Hospital de Cascais foi considerada “Boa” por ambos os ACES;
- Para efeitos da adequada articulação, um dos ACES considera que o *dinamismo* do Hospital de Cascais foi “Suficiente”, enquanto o outro ACES considera que foi “Bom”;
- Face à pergunta de *como classificam o grau de articulação* com o Hospital de Cascais no que diz respeito aos aspetos específicos abaixo mencionados, as respostas foram as seguintes:
 - *Formação profissional*: um dos ACES considerou “Suficiente” e o outro “Bom”;
 - *Estruturação de protocolos de referenciação*: as respostas foram idênticas à questão anterior;
 - *Estruturação de protocolos de atuação/prestação de cuidados*: um dos ACES considerou “Insuficiente” e o outro “Bom”;
 - *Resposta a situações de exceção* (destacando-se, a título exemplificativo situações de Gripe H1n1, vagas de calor, entre outras): um dos ACES considerou a resposta do hospital como “Boa”, não tendo o outro ACES respondido à questão;

- *Definição da estratégia subjacente aos planos estratégicos/planos locais de saúde:* ambos os ACES consideraram “Suficiente”;
- *Reuniões periódicas:* um dos ACES considerou o grau de articulação como “Bom” e o outro ACES como “Suficiente”;
- Na perspetiva de uma adequada articulação com o Hospital de Cascais, ambos os ACES consideram que “Não” existem projetos que não tenham tido *resposta* ou que tenham sido recusados pelo Hospital;
- No que diz respeito à *continuidade de cuidados, após alta hospitalar, através da articulação entre as equipas de gestão de altas do hospital e a equipa de cuidados de saúde primários*, um dos ACES não emitiu opinião, tendo o outro considerado que existe “Sempre” uma continuidade de cuidados através da articulação entre as instituições;
- Questionados sobre o *prazo de marcação de consulta* pelo Hospital de Cascais, tendo em conta as necessidades clínicas dos doentes referenciados, as respostas foram nos seguintes termos:
 - Nas especialidades de *pediatria e obstetrícia/ginecologia*: ambos os ACES consideraram como “Adequado” o prazo de marcação de consultas;
 - Nas *especialidades médicas* (apenas um ACES envolvido): a resposta à especialidade de dermatologia foi considerada “Inadequada”, sendo “adequada” para as restantes especialidades;
 - Nas *especialidades cirúrgicas* (apenas um ACES envolvido): a resposta às especialidades de urologia, oftalmologia e ortopedia foi considerada “Inadequada”, sendo “Adequada” para as restantes especialidades cirúrgicas;
- Relativamente ao *número de devoluções de pedidos de consulta para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica*, um dos ACES não respondeu e o outro considerou “Adequado”;
- No que diz respeito à *informação clínica de retorno enviada pelo Hospital de Cascais, para posterior seguimento dos utentes*, ambos os ACES consideraram que a referida informação foi “Suficiente”;

- Face à pergunta de “*como classifica a articulação do ACES/CS com outros hospitais do SNS*”, um dos ACES considerou que essa articulação é pior comparativamente com o que acontece com o Hospital de Cascais, enquanto o outro ACES entendeu que é “Igual”.

Avaliação da parceria na perspetiva do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

229. Para efeitos de avaliação da parceria no âmbito da articulação e referenciação inter-hospitalar promoveu-se a realização de um inquérito ao CHLO, que constitui o principal hospital de referência para o Hospital de Cascais para o tratamento de doentes cujas especialidades não constam do seu perfil assistencial, nos termos da cláusula 35.ª do Contrato de Gestão.

Com efeito, o CHLO, para além de se articular com o Hospital de Cascais no sentido de garantir a prestação de cuidados de saúde em ambulatório no hospital de dia de oncologia daquele hospital, através de uma equipa de médicos, assegura, igualmente, a realização de consultas de decisão terapêutica. Por outro lado, o CHLO é responsável por adquirir, acondicionar, preparar e transportar ao Hospital de Cascais os medicamentos citostáticos necessários ao processo de tratamento dos doentes, bem como acompanhar a boa administração clínica destes medicamentos pelos profissionais de enfermagem do Hospital de Cascais.

230. Do resultado do inquérito apurou-se o seguinte:

- Por iniciativa deste Centro Hospitalar, em termos globais, a *disponibilidade* do Hospital de Cascais, para efeitos de articulação, foi considerada “Suficiente”;
- Para efeitos da avaliação do *dinamismo* do Hospital de Cascais para uma adequada articulação, o CHLO considera que o mesmo foi “Insuficiente”;
- Face à pergunta de *como classifica a articulação* com outros hospitais do SNS, o CHLO considera que essa articulação é “Melhor” comparativamente com o que acontece com o Hospital de Cascais;
- No âmbito das *transferências inter-hospitalares*, o CHLO considera que “Poucos Doentes” transferidos são acompanhados de relatório médico;

- Considerando o perfil assistencial do Hospital de Cascais, este CH considera que “Nem Sempre” são *adequadas, do ponto de vista clínico, as transferências de doentes;*
- Relativamente à *resposta a situações de exceção* (Gripe H1N1/vagas de calor, entre outras), o CHLO classificou como “Suficiente” o grau de cooperação do Hospital de Cascais.

3.2.2. Estudo da ERS sobre o modelo das PPP no sector da saúde

231. Em maio de 2016, a ERS, no quadro das suas atribuições estatutárias, estabelecidas no Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, divulgou publicamente o resultado do estudo pela mesma realizado e designado “*Estudo de Avaliação das Parcerias Público-Privadas na Saúde*” (“**Estudo**”)⁸².

Trata-se de um estudo realizado por solicitação do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2016, através do qual essa entidade reguladora procede, como objetivo principal, a uma avaliação da gestão dos hospitais em regime de PPP, com vista a identificar “*o que de positivo trouxeram ao SNS, mas também que desvantagens comparativas encerram*”.

Refira-se também que, sem prejuízo do objetivo principal desse estudo, identificado no parágrafo anterior, a ERS assume igualmente como contexto/objetivo secundário do estudo, o de auxiliar o Governo na decisão a adotar quanto ao término dos contratos de PPP de Cascais e Braga, referindo que «[o] termo dos contratos com as entidades gestoras dos hospitais de Cascais e Braga ocorrerá em 31 de dezembro de 2018 e 31 de dezembro de 2019, respetivamente, e em até dois anos antes do término destes prazos o Estado terá de informar as respetivas entidades gestoras acerca da sua decisão relativamente à continuidade ou não das parcerias em causa, como decorre do disposto na cláusula 8.ª dos respetivos contratos de gestão. Por esta razão, e em linha com o previsto no Programa do XXI Governo Constitucional – 2015-2019, que prevê a promoção da “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”, foi solicitada à ERS em 23 de fevereiro de 2016, pelo Ministério da Saúde, a análise da gestão hospitalar em

⁸² Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1841/ERS - Estudo PPP.pdf

regime de PPP em quatro vertentes, concretamente em matéria de eficiência relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação».

Neste contexto cumpre, ainda que de forma necessariamente breve, proceder à análise das principais considerações e conclusões extraídas pela ERS nesse Estudo.

232. Muito em síntese, no Estudo em causa, a análise dos atuais hospitais em regime de PPP é efetuada pela ERS à luz de quatro fatores/indicadores de avaliação, a saber: “Eficiência relativa”, “Eficácia”, “Qualidade clínica” e “Custos de regulação”.

No que respeita ao fator “Eficiência relativa”, definido pela ERS como a “relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade”, essa entidade promoveu uma análise comparada das atuais unidades em regime de PPP e de um grupo homogéneo de unidades hospitalares do SNS considerados pela ERS como comparáveis com as mesmas, tendo concluído, com particular interesse para o presente Relatório, que “os hospitais PPP foram globalmente eficientes, com destaque para os resultados positivos, indicativos de eficiência relativa, dos hospitais de Braga e **Cascais**” (sublinhado e sombreado nossos).

No que concerne ao fator “Eficácia”, definido, em termos práticos, como a “eficácia de resposta de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde às solicitações da procura”, a ERS procedeu à análise de três indicadores principais (a saber, internamento, cirurgia e primeiras consultas de especialidade hospitalar), tendo ainda analisado, como indicador adicional, o “cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no acesso a primeiras consultas de especialidade e cirurgias programadas”. Muito em suma, neste fator, a ERS concluiu que, “[n]o caso da resolutividade do internamento, os hospitais PPP apresentaram capacidade de resposta relativamente menor em casos de internamento, à exceção do Hospital de Braga, sendo certo que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos PPP e não PPP” e também que “[a] capacidade de resolução das necessidades cirúrgicas dos hospitais PPP foi identificada como sendo globalmente superior à média dos hospitais comparáveis do grupo não PPP, embora igualmente sem identificação de diferença estatisticamente significativa”. Mais, a ERS concluiu ainda que, “[n]o indicador de percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, todos os hospitais PPP apresentaram melhor desempenho relativo face à média do grupo não PPP, e com diferença estatisticamente significativa”. A ERS concluiu ainda que “[o]s hospitais de Vila Franca de Xira e de **Cascais** destacaram-se por apresentarem menores percentagens de internamentos com demora superior a 30 dias, e o Hospital de **Cascais** menores percentagens de reinternamentos em 30 dias, sendo relativamente mais eficazes nestes indicadores de internamento (embora sem que se pudesse identificar

diferença estatisticamente significativa entre os grupos PPP e não PPP)”⁸³ e que “o resultado em termos de percentagem de cirurgias realizadas dentro do TMRG foi globalmente positivo para as PPP, na comparação com os outros hospitais do grupo homogéneo” .

Relativamente ao fator “*Qualidade clínica*”, a ERS começa por realçar a impossibilidade de efetuar uma plena comparabilidade entre os grupos PPP e não PPP contanto que “[a] importância atribuída à qualidade da prestação de cuidados de saúde varia entre contrato de gestão PPP e contrato programa de hospitais, centros hospitalares (CH) e ULS”. A ERS não deixa todavia de realçar que se verifica uma maior adesão dos hospitais em regime de PPP ao sistema de registo de qualidade (SINAS), “*com resultados, em média, favoráveis, quando comparados com os hospitais públicos com regime de gestão distinto*” e que “[o] facto de o contrato de o contrato de gestão impor critérios para a monitorização do desempenho das entidades gestoras das PPP, com penalizações financeiras associadas ao seu incumprimento, poderá contribuir para que seja atribuída pela entidade gestora particular importância aos aspetos relacionados com a qualidade do serviço prestado, nas suas diferentes vertentes”.

Por último, relativamente ao fator “*Custos de regulação*”, a análise efetuada pela ERS centra-se exclusivamente no universo de hospitais em regime de PPP, relativamente aos quais promove a “*identificação dos principais constrangimentos do modelo de gestão do estabelecimento em regime de PPP e respetivas diligências para a sua eliminação, das vantagens do modelo percebidas pelas entidades públicas contratantes, e dos resultados da monitorização do desempenho da entidade gestora do estabelecimento hospitalar*”, bem como ao “[relato dos] *diferendos entre as entidades públicas contratantes e as entidades gestoras dos hospitais PPP*”.

Realce-se que a análise efetuada pela ERS nesta sede não é, nessa medida, uma análise comparativa entre os hospitais em regime de PPP e os demais hospitais, mas apenas um registo de aspetos transversais aos hospitais em regime de PPP e/ou de certos aspetos específicos relativos aos hospitais de Braga e Cascais.

233.No que releva para efeitos do presente Relatório, a ERS começa por resumir, sem subscrever, o contributo que obteve em sede de consulta da ARSLVT, a qual assinalou, na qualidade de EPC em 3 contratos de PPP, os seguintes constrangimentos transversais aos hospitais em regime de PPP:

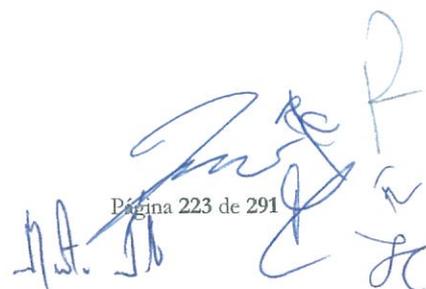
⁸³ Sublinhado e sombreado nossos.

- *“Indisponibilidade de informação do grupo de referência que inviabiliza, em alguns casos, a possibilidade de avaliação. Esta lacuna na informação tem mais impacto no Hospital de Cascais, em que 40 dos 58 parâmetros de desempenho de resultado dependem exclusivamente da informação dos hospitais do grupo de referência, bem como na avaliação da satisfação dos utentes. Nos Hospitais de Loures e Vila Franca de Xira o impacto é menor, porque está prevista a alternativa de serem considerados os resultados obtidos pelo próprio hospital no(s) ano(s) anterior(es) para fixação dos valores de referência.”*
- *“Formulação dos parâmetros de desempenho de resultado, quer quanto à forma como os mesmos se encontram redigidos nas respetivas fichas técnicas, quer quanto ao objetivo dos mesmos, que suscitam dúvidas interpretativas que dificultam o relacionamento entre as partes. Em concreto, foram referidas situações em que os parâmetros de desempenho de resultados não especificam adequadamente os requisitos funcionais a considerar para o seu apuramento e outras em que os parâmetros são detalhados em demasia, não obstante existirem práticas recomendadas por entidades competentes que consideram o estado da arte vigente, para as quais os parâmetros deviam remeter. Por último, alguns parâmetros de desempenho de resultado estabelecem valores de referência que, na ótica da ARS Lisboa e Vale do Tejo, não são adaptados à realidade da procura e são mesmo inatingíveis pela entidade gestora do estabelecimento.”*
- *“Avaliação do cumprimento dos requisitos relativos à disponibilidade da urgência, que preveem o cumprimento dos tempos de espera adequados e tendo em consideração a respetiva afluência, mas cuja redação não é suficientemente clara e objetiva. A este respeito, ARS Lisboa e Vale do Tejo entende relevante “[...] o esclarecimento cabal da forma de operacionalização da avaliação neste domínio, sem margem para diferentes interpretações entre as partes”, em concreto no que se refere clarificação do conceito de “tempo de espera adequado” e do critério que pondera o tempo de espera de acordo com a afluência da urgência.”*
- *“Metodologia para apuramento da produção prevista num contexto de inexistência de acordo entre as partes, que prevê a fixação unilateral da produção, e que alegadamente coloca a entidade pública contratante numa situação de fragilidade negocial, por impossibilitar que esta rejeite os valores da produção propostos pela entidade gestora. No âmbito de simulações feitas pela ARS para o cenário de fixação unilateral da produção, os valores de produção em algumas linhas de produção resultam demasiado elevados e desequilibrados, por não ser considerada a capacidade instalada do hospital PPP e, simultaneamente, ser considerada toda*

a procura da área de influência desse hospital registada na totalidade dos hospitais do SNS, incluindo o próprio.”

- *“Avaliação do cumprimento da produção prevista na linha de produção “Consulta Externa”, fixada no âmbito do procedimento anual. Foi referido pela ARS Lisboa e Vale do Tejo que, apesar de a fixação da produção anual em consultas externas prever um número de consultas por especialidade, para avaliação do cumprimento e remuneração desta produção, o contrato de gestão não vincula as entidades gestoras à distribuição por especialidades, tal como acordado. Como consequência “caso as Entidades Gestoras entendam realizar a produção contratada com uma distribuição diferente da acordada, não existem mecanismos contratuais que salvaguardem a satisfação das necessidades expressas e assim o interesse público.”*
- *“Articulação com os cuidados de saúde primários, em especial no Hospital Beatriz Ângelo, no que se refere à demora na prestação de algumas consultas, de especialidades com muita procura, bem como a dificuldades na referenciação para especialidades que não existem no Hospital Beatriz Ângelo ou em que este não é o hospital de fim de linha, em concreto para a especialidade de cirurgia maxilo-facial. Nos restantes dois hospitais PPP existentes na ARS Lisboa e Vale do Tejo “[...] estão reunidas as condições para concretizarmos uma efectiva articulação/integração de cuidados com o nosso hospital de referência”, no caso concreto do Hospital de Cascais, e existe entre o ACES Estuário do Tejo e o Hospital Vila Franca de Xira, uma “[f]orte aposta no relacionamento [...] ao nível da gestão quer no âmbito organizacional assim como clínica”, com incremento no relacionamento entre diferentes perfis profissionais e “[a]mpla divulgação da necessidade imperiosa de notas de alta devidamente esclarecedoras” dirigidas aos cuidados de saúde primários, com “[...] otimização de prescrição terapêutica e realização de MCDT”, e implementação de projetos conjuntos centrados no utente”.*

234. Com relevância para o presente Relatório, a ERS resume ainda, sem subscrever, o contributo que obteve em sede de consulta da ARSLVT, a qual assinalou, na qualidade de EPC do Hospital de Cascais, os seguintes constrangimentos, “no sentido de se introduzirem as modificações necessárias ao “estado da arte” do modelo assistencial e à equiparação com os restantes Contratos de Gestão dos demais hospitais em regime de PPP”:



- *“Alterar os conceitos de “internamento” e de “cirurgia de ambulatório” de modo a fazer coincidir os mesmos conceitos com os atualmente utilizados no SNS, e clarificar o conceito de “produção efetiva;”*
- *“Introduzir a linha de produção de ambulatório médico, porque à data de celebração do contrato de gestão não existiam procedimentos agrupados em GDH médicos de ambulatório;”*
- *“Ponderar a integração da valência de infeciologia no perfil do hospital, para a prestação de cuidados de saúde a nível de internamento e ambulatório, em alternativa ao atual protocolo existente para prestação de cuidados de saúde em ambulatório a doentes com VIH/SIDA, elaborado entre a entidade gestora do estabelecimento e a entidade pública contratante;”*
- *“Cessar com o protocolo celebrado com o Centro Hospital de Lisboa Ocidental (hospital de referência para a valência de oncologia), ao abrigo do qual o Hospital de Cascais, através da Unidade de Hospital de Dia Médico-Cirúrgico, dá apoio à continuação terapêutica com citostáticos aos doentes da sua área de influência, apesar de não ter a valência de oncologia no seu perfil assistencial. Em alternativa, deverá ponderar-se a integração desta valência no perfil assistencial do Hospital de Cascais ou a exclusão do perfil assistencial da componente de prestação de cuidados de saúde a doentes oncológicos em Hospital de Dia;”*
- *“Rever os parâmetros de desempenho de resultado, e introduzir a possibilidade de penalização por não monitorização destes parâmetros;”*
- *“Introduzir a melhoria contínua da negociação dos valores de referência para os parâmetros de desempenho de resultado, e a possibilidade de negociação por acordo entre as partes e a fixação unilateral pela entidade pública contratante de valores de referência dos parâmetros de desempenho de resultado;”*
- *“Clarificar a cláusula 3.8 do Anexo VII, referente aos Planos de Medidas Corretivas e Relatórios de Resultados Obtidos (Parâmetros de Desempenho de Resultado), bem como a periodicidade de entrega dos Relatórios Justificativos do Desvio;”*
- *“Diminuir o número dos parâmetros de desempenho de resultados cujo incumprimento obriga apenas a apresentar relatório justificativo do desvio, e não implicam pontos de penalização, à semelhança do que já se encontra previsto nos contratos de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital Beatriz Ângelo;”*

- “Rever a metodologia de avaliação do desempenho da entidade gestora do estabelecimento na área de satisfação dos utentes, atentas as alterações introduzidas na metodologia aplicada pelo Ministério da Saúde e a necessidade de inclusão do Hospital de Dia nos inquéritos de avaliação da satisfação;”
- “Rever a metodologia de apuramento do grupo de referência, na medida em que nos restantes contratos de gestão os limites para determinação dos hospitais comparáveis são mais amplos;”
- “Adaptar os sistemas de informação/monitorização, com ênfase no reforço do paper free, na substituição da terminologia “tendencialmente automático” para “automatizado desde que tecnicamente possível” (utilizada no sistema de monitorização), e na melhoria das especificações técnicas do Processo Clínico Eletrónico;”
- “Rever o clausulado relativo à referenciação de doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e respetivo pagamento;”
- “Rever o recurso para a resolução de litígios via tribunal arbitral e ponderar a opção via tribunal administrativo;”
- “Alterar a forma de cálculo da parcela a cargo do SNS, para que passe a deduzir, do montante a pagar à entidade gestora de estabelecimento, o valor total das taxas moderadoras devidas, e não apenas o valor efetivamente pago pelos utentes. Atualmente, como o contrato de gestão prevê que seja deduzido ao montante da remuneração o valor das taxas efetivamente cobradas (e não o total das taxas devidas), não assegura o esforço e a diligência do hospital para cobrança dos valores em dívida.”
- “Rever a alínea c) do n.º 4 da cláusula 129.ª (sobre o relatório anual de atividades, a especificar atividades e resultados), bem como a redação do n.º 3 da cláusula 44.ª, da “Remuneração anual da Entidade Gestora do Estabelecimento” (referente mais especificamente a pagamentos devidos nos termos de outras cláusulas e à participação do Estado nos preços de medicamentos, que devem acrescer à remuneração anual)”.

235. Realçar também, ainda relativamente ao fator “Custos de regulação”, que, no que concerne, em especial, à análise de “Resultados de monitorização de desempenho”, a mesma foi efetuada pela ERS em três áreas, a saber, “área de resultados”, “área de serviço” e “satisfação dos utentes”, sendo que, nas duas primeiras áreas, a ERS conclui que o Hospital de Cascais revela o melhor desempenho, com a melhor classificação possível, de “Muito de Bom”, e

sem penalidades por falha de desempenho, e que, na última área, a conclusão da ERS é de que “*a indisponibilidade de indicadores de outros hospitais públicos, impossibilitam a comparabilidade dos hospitais PPP, e em alguns casos impede a avaliação do desempenho*”.

Estas são, em súmula, as principais considerações e conclusões extraídas pela ERS no seu Estudo com relevância para o presente Relatório.

236. Como é perceptível face ao que acima se expõe, a análise efetuada pela ERS é exclusivamente baseada em pressupostos de gestão clínica e regulação.

Com efeito, este Estudo não analisa a conveniência económica de adoção entre o modelo hospitalar em regime de PPP *versus* internalização, designadamente, não analisa e avalia os encargos que resultam para o erário público da realização das prestações por via do modelo de PPP, por comparação da sua realização através dos restantes hospitais do SNS, nem identifica ou avalia os riscos que são transferidos para o parceiro privado e que igualmente relevam para efeito da análise custo benefício que suporta a análise económica do projeto, para efeitos da decisão sobre a maior ou menor vantagem na adoção do modelo de PPP.

Assim e em conclusão, segundo se nos afigura, no quadro de análise em que assenta, o Estudo da ERS adota uma posição favorável ou pelo menos neutra, à adoção do modelo hospitalar em regime de PPP, nomeadamente relativamente ao Hospital de Cascais, evidenciando ainda alguns aspetos críticos em que a atual parceria de Cascais carece de ser melhorada, encontrando-se, assim, totalmente alinhado, com as conclusões e o que é proposto no presente Relatório.

3.2.3. Riscos do cenário de internalização

237. A resposta à “*primeira questão central*” colocada neste Relatório, sobre a eventual preferência do modelo de PPP relativamente ao da internalização da prestação dos serviços contratados, reclama ainda que, a par da avaliação detalhada daquele modelo, se evidenciem os riscos destoutro cenário alternativo.

238. Ora, sem prejuízo dos aspetos críticos concretos que, num tal cenário, decorrem da absorção do estabelecimento hospitalar pelo Estado – os quais serão analisados em maior detalhe já de seguida –, não pode, antes mesmo dessa análise, deixar de se evidenciar que a principal decorrência do cenário de internalização, para o Estado, se prende com a necessária reassunção dos riscos inerentes à gestão clínica que, por via da adoção do modelo de PPP hospitalar, havia sido possível transferir para o parceiro privado. Realce-se, aliás, neste particular, que este aspeto se afigura particularmente desvantajoso para o Estado, não apenas em razão de retornarem à esfera pública riscos até então assumidos pelo privado mas também e sobretudo, em virtude de retornarem à esfera pública riscos para os quais o parceiro privado, considerando a sua maior flexibilidade operacional, se encontrava, em muitos casos, mais vocacionado para gerir.

239. Realce-se também que, a questão coloca-se, não apenas considerando os impactos diretos que resultam da reassunção dos riscos antes transferidos ou partilhados com o parceiro privado, mas igualmente dos impactos indiretos que daí advêm. Com efeito, a mero título de exemplo, recorde-se que, como já referido anteriormente, no que respeita à prestação dos serviços clínicos de forma internalizada, através da adoção do modelo hospitalar EPE, mesmo considerando que o seu modelo de financiamento tem semelhanças com o modelo PPP, há diferenças significativa entre os respetivos regimes, desde logo quanto a aspetos como (i) a volatilidade dos preços aplicados em cada ano, (ii) a fixação do ICM sem correção em função do seu valor real e, sobretudo, (iii) as transferências adicionais (à produção) que são por vezes efetuadas para os hospitais EPE (tais como o valor de convergência compensatório da ineficiência, verbas de convergência para regularização de dívidas, verbas de convergência de acordo com medidas extraordinárias para reequilíbrio financeiro ou verbas de convergência para compensação por acréscimo de gastos com pessoal).

Verifica-se, assim, que num cenário de internalização, se perde ou atenua, de forma significativa, o incentivo “*natural*” que o parceiro privado tem a alocar de forma mais eficiente, e com qualidade, os recursos, humanos e materiais, por forma a gerir da melhor forma esses riscos.

240. Outra faceta visível do que acaba de se referir é evidenciada no contexto da retenção, pelo Estado, do risco de preço. Com efeito, considerando que, no modelo de



PPP, os preços unitários são (tendencialmente) fixados para todo o período de vigência do Contrato de Gestão e apenas atualizados em função da evolução da inflação, o parceiro privado retém o risco de os mesmos serem insuficientes face à estrutura de custos real da execução do Contrato de Gestão. Essa circunstância contribui ainda para uma menor previsibilidade dos custos decorrentes destes serviços, o que não se afigura favorável em termos de execução orçamental e gestão das contas públicas.

241. Noutro plano, há, então, que ponderar as dificuldades especificamente associadas à receção do estabelecimento hospitalar, às quais o próprio Contrato de Gestão procura, em primeira linha, dar resposta.

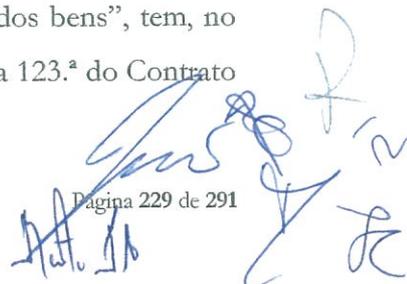
Nele se prevê, desde logo, que, em caso de extinção da prestação dos serviços clínicos pela EGEST:

- a) Reverte para a EPC a universalidade de bens e direitos que integram o estabelecimento hospitalar, em caso de extinção da parte do Contrato que respeita à Entidade Gestora do Estabelecimento (*cf.* n.º 2 da cláusula 123.ª);
- b) Transmitem-se para a EPC as relações laborais nos termos do Código do Trabalho, sem prejuízo da indemnização devida pela EGEST que decorra do excesso de pessoal em relação ao quadro de pessoal de referência (*cf.* n.º 6 da cláusula 123.ª);
- c) As bases de dados e soluções aplicacionais de suporte revertem, também, para a EPC ou para terceiro a designar por esta, em condições de plena utilização e sem quaisquer encargos (*cf.* n.º 3 da cláusula 20.ª);
- d) De igual modo, os direitos à utilização de equipamentos e sistemas integrados no estabelecimento hospitalar e sistemas de informação serão transmitidos, nos termos dos respetivos contratos, sem quaisquer encargos ou obstáculos ao seu pleno funcionamento para a EPC ou para quem esta venha a designar (*cf.* cláusula 11.ª);
- e) A EPC, ou qualquer outra entidade por esta designada, tem a faculdade de suceder na posição jurídica da EGEST nos subcontratos em vigor por um prazo máximo de um ano a contar da notificação da sucessão (*cf.* alínea e) do n.º 3 da cláusula 16.ª);

- f) Relativamente ao contrato de utilização, celebrado entre a EGED e a EGEST, a EGEST é obrigada a ceder a sua posição contratual, de imediato e sem quaisquer encargos, à EPC, ou a terceiro indicado pela mesma, permanecendo a EGED vinculada a esse mesmo contrato (*cf.* n.º 5 da cláusula 132.ª).

242. Malgrado esta previsão contratual, antecipa-se que, na prática, esta transição se depare com obstáculos de concretização não despidendos. Senão vejamos:

- Desde logo, do ponto de vista orgânico e considerando que o CHC já foi extinto, não é certo qual seria a melhor forma de dar sequência à atual prestação de serviços clínicos no Hospital de Cascais. Na verdade, se a complexidade da unidade hospitalar em causa não parece compatível com a opção da atribuição da sua gestão à ARSLVT, cujo estatuto de instituto público implica fortes constrangimentos de atuação, a alternativa de atribuição da gestão a uma unidade hospitalar de natureza empresarial pré-existente, por integração horizontal num centro hospitalar, permitiria garantir maior flexibilidade gestionária mas padeceria do vício de não refletir qualquer lógica interna da organização da atividade assistencial. Por outro lado, a hipótese da criação de uma nova entidade jurídica de natureza empresarial exigiria, entre outros aspetos, a atribuição de capital estatutário, cuja realização pelo Estado teria de ser acautelada;
- Por outro lado, não pode deixar de assinalar-se as dificuldades que se antecipam, em matéria de gestão da estrutura de recursos humanos do Hospital. Na verdade, sucede desde logo que, nos termos do n.º 6 da cláusula 123.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, sob a epígrafe “Reversão”, refere-se expressamente que: “*Em qualquer caso de extinção do Contrato de Gestão transmitem-se para a Entidade Pública Contratante as relações laborais nos termos do Código Trabalho, sem prejuízo da indemnização devida pela Entidade Gestora do Estabelecimento que decorra do excesso de pessoal em relação ao quadro de pessoal de referência*”. Esta disposição não tem paralelo, por exemplo, no contrato de gestão do Hospital de Braga, sem que se saiba exatamente se tal correspondeu a uma opção deliberada ou a um lapso. Com efeito, a cláusula 125.ª do contrato de gestão do Hospital de Braga, sob a epígrafe “Reversão dos bens”, tem, no demais articulado, a mesma redação da atrás referida cláusula 123.ª do Contrato



de Gestão do Hospital de Cascais. Ainda assim, não é líquido inferir-se que houve aqui uma vontade deliberada de afastar a mesma solução;

- Acresce, em qualquer caso, que a transmissão de relações laborais suscita, pelo menos, a questão da possível inadequação do regime jurídico das concretas contratações existentes em face do estatuto da unidade que a entidade pública contratante venha a designar para suceder na gestão e a questão da possível dificuldade do recrutamento que decorre das regras de contratação e remuneração no quadro da Administração Pública, ainda que mitigadas no sector público empresarial;
- Por outro lado ainda, não deve olvidar-se que, nos termos da cláusula 16.ª de ambos os clausulados dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais e de Braga, “*as Entidades Gestoras, nos subcontratos a celebrar com terceiros, devem assegurar que os mesmos contêm mecanismos que permitam às Entidades Gestoras reflectir as vicissitudes modificativas e extintivas do contrato.*” Trata-se de uma matéria que tende, portanto, a estar acautelada. Coisa diferente será a de saber se o estatuto da unidade que a EPC venha a designar para suceder na gestão tem condições para, de futuro, entabular o mesmo tipo de contratação e de obter as mesmas condições de fornecimento, num ambiente de subordinação ao CCP;
- Outro aspeto em que se antecipa que a transição se depararia com obstáculos de concretização não despidendos prende-se, aliás, como já acima sinteticamente apontado, com a discrepância regulatória entre a forma como é prosseguida a gestão no âmbito de um contrato de gestão e, por contraste, no âmbito de um contrato programa. Na verdade, a comparação das regras dos contratos de gestão com as regras dos atuais contratos programa a que estão vinculados a generalidade dos hospitais do SNS sugere o risco de deterioração de alguns parâmetros de desempenho, sobretudo por via de um atenuar do acompanhamento e da extinção da faculdade de aplicação de penalidades contratuais;
- Por último, de referir que não é possível garantir o sucesso da articulação entre a entidade chamada a gerir o Hospital de Cascais e a EGED. Realce-se uma vez mais que, os prazos de duração das vertentes clínica e infraestrutural do Contrato de Gestão não são coincidentes. Daqui decorre que a articulação presentemente feita entre a EGEST e a EGED passará a ser feita entre a

unidade que a EPC designar para lhe suceder e a EGED. A garantia do mesmo nível de sinergia não pode ser dada como adquirida, para além de que a monitorização poderá confrontar-se com dificuldades num contexto em que não seja possível alocar-lhe meios idênticos⁸⁴.

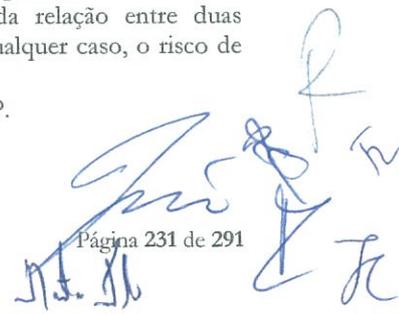
243. Sem prejuízo do acima exposto, importa sublinhar que, à data, existe apenas um exemplo de uma unidade do SNS que, tendo sido gerida em regime de PPP durante 7 anos, regressou à gestão na esfera pública. Trata-se do CMFRS, que, nos termos constantes do Despacho n.º 15312-D/2013, de 22 de novembro, de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde, na sequência da caducidade do contrato de gestão de que era objeto, reverteu para a Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. e que, tanto quanto nos é dado a saber, confirma o conjunto de dificuldades que, nesta sede, se apontam como aspetos menos positivos que podem resultar no cenário de internalização.

A este respeito, importa referir⁸⁵ que, comparando os principais dados de atividade do CMFRS entre o ano de 2012, que corresponde ao último ano completo de gestão em regime de PPP, e o ano de 2015, último ano com informação disponível, em regime de gestão pública, conclui-se o seguinte:

- O nível de eficiência operacional do CMFRS deteriorou-se significativamente, com a passagem da gestão privada para a gestão pública, uma vez que o custo unitário da atividade de internamento (quando medido, quer por episódios de internamento, quer por dias de internamento) agravou-se em mais de 20%, tal como se verifica no quadro seguinte;
- O sistema de acreditação da qualidade dos programas de cuidados de saúde (exigido no âmbito do contrato de PPP anterior) foi descontinuado;
- Não obstante a pior performance operacional do CMFRS, a avaliação da satisfação dos utentes manteve-se positiva.

⁸⁴ Sem prejuízo, esclareça-se que o problema relativo ao nível de sinergia entre entidades gestoras sempre se poderia, em abstrato, colocar num cenário de manutenção da PPP, mas sem renovação do atual contrato. Porquanto, a existência de uma nova entidade responsável pela exploração dos serviços clínicos poderia suscitar idênticas dificuldades. Tratar-se-ia, não obstante, da relação entre duas entidades privadas – o que poderia contribuir para minimizar o risco – e, em qualquer caso, o risco de deficiente articulação entre entidades gestoras não seria diretamente do Estado.

⁸⁵ De acordo com informações da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.



CMFRS	2012	2015	Variação
Dias de internamento	17168	9975	-42%
Episódios de internamento	450	256	-43%
Gastos operacionais (€)	6.286.540	4.429.317	-30%
Gastos operacionais/ dias internamento (€)	366	444	21%
Gastos operacionais/ episódios internamento (€)	13.970	17.302	24%

Em face do exposto, afigura-se inegável o impacto negativo que a alteração, de um cenário de gestão em regime de PPP para um cenário de gestão pública, teve no caso concreto do CMFRS. Certamente será argumentável que tal impacto poderia ser minimizado através de um correto e atempado planeamento da reversão do centro, não se conseguindo, contudo, e à luz da magnitude das perdas ocorridas com a transição, prever se nesse caso a perda seria nula. Adicionalmente, cremos existir um conjunto de “custos de transação”, isto é custos que se materializariam apenas no curto-prazo, associados à fase de transição do modelo PPP para o modelo EPE, cuja magnitude não conseguimos antecipar, mas que poderiam impactar de forma significativa as contas do Estado (podendo obviamente ser mitigados por um adequado planeamento, que não se verificou no caso do CMFRS).

Na verdade, e como já se referiu, no caso dos hospitais EPE, estando o Estado completamente exposto a variações ao nível da eficiência da estrutura de custos das unidades hospitalares, o risco associado a este tipo de impactos, quando se passa de um cenário de PPP (em que naturalmente este risco reside na esfera do parceiro privado, incumbindo ao parceiro público apenas o pagamento da produção que acordar contratar em cada ano, a um determinado preço fixo) para um cenário EPE não será certamente despiciendo, seja porque não existem mecanismos para evitar a contaminação das contas do Estado pelos défices operacionais gerados nestas unidades hospitalares⁸⁶, seja também porque no caso dos hospitais EPE não existem atualmente sistemas de incentivos que permitam alinhar os interesses dos gestores das unidades hospitalares (atores principais na garantia de uma eficiente gestão dos recursos) com os interesses do Estado, em termos de eficiência operacional. Ora, reconhecendo-se que, no caso dos hospitais EPE também existirão, por certo, determinados “custos de agência” – decorrentes de assimetrias de informação e não necessário alinhamento de interesses – considera-se que, neste caso, os mecanismos de monitorização e de acompanhamento que o Estado possui para mitigar este tipo de “custos de agência” são menos efetivos.

⁸⁶ O impacto orçamental decorrente destes défices pode ser adiado, mas não evitado.

3.2.4. Da resposta à “primeira questão central”

244. Como antes se referiu, tendo por base a Metodologia, procurou-se, num primeiro momento, encontrar resposta para a “primeira questão central”: “***No caso das PPP atualmente existentes no sector da saúde, qual a solução de gestão clínica, pública ou privada, que apresenta para o Estado maior value for money?***”

Para tal, ao longo dos capítulos anteriores apresentaram-se os resultados de um conjunto de análises preconizadas pela Equipa de Projeto, com vista a avaliar a parceria relativa ao Hospital de Cascais, sob o ponto de vista do seu *value for money* numa lógica “*ex-post*”, sob a égide dos princípios da economia, eficiência e eficácia, e considerando, simultaneamente, aspetos qualitativos e quantitativos.

Tendo em consideração que a Metodologia parte de um *raciocínio lógico dedutivo*, no qual se procura **(i)** por um lado, concluir sobre a razoabilidade e o valor acrescentado do modelo de PPP, quando aplicado genericamente à prestação de serviços clínicos; e **(ii)** por outro lado, aferir da racionalidade económica subjacente à aplicação do modelo de PPP em concreto ao Hospital de Cascais, considerando o resultado da sua *execução de facto*, nos capítulos anteriores apresentam-se, não só as análises relativas em concreto ao Hospital de Cascais – seja em termos da sua performance individual, seja quanto ao seu posicionamento relativo face a um conjunto de hospitais comparáveis, em gestão pública –, mas também a avaliação relativa do modelo de PPP (aplicável, não só a Cascais mas a todas as PPP da saúde), protagonizada pela ERS, e a análise crítica dos riscos associados a um cenário de internalização, que se entende aplicar-se, também, de uma forma genérica às PPP clínicas e não apenas ao Hospital de Cascais⁸⁷.

Importa, contudo, notar que, não versando a análise da ERS sobre a aferição da racionalidade económica de adoção do modelo hospitalar em regime de PPP em detrimento de um cenário de internalização, as conclusões que agora se apresentam, a esse respeito, terão sempre que ser reconfirmadas quando forem analisadas as demais PPP, com recurso aos dados concretos dessas unidades hospitalares.

No que se refere ao concreto dos resultados obtidos, conclui-se que:

⁸⁷ Naturalmente, com as devidas adaptações em função de cada uma das realidades contratuais em presença.

- A PPP de Cascais apresenta *value for money* segundo as perspetivas da economia, da eficiência e da eficácia;
- Tendo por base as expectativas iniciais de poupança subjacentes à decisão de lançamento do procedimento tendente à formação do Contrato de Gestão (por comparação entre o CPC e o valor final da proposta vencedora), verifica-se uma efetiva materialização da poupança perspetivada, em níveis idênticos aos previstos;
- No período analisado, a parceria de Cascais, quando analisada em termos de *benchmarking* com os hospitais EPE do Grupo de Referência EP, revelou-se vantajosa do ponto de vista da racionalidade económica, permitindo gerar uma poupança em face dos valores de encargos que se obteriam caso fossem considerados os custos unitários médios desses hospitais;
- Analisado o CB Atualizado verifica-se que os mecanismos contratualmente previstos implicaram, de facto, uma efetiva transferência do risco para o parceiro privado, uma vez que este obteve uma rentabilidade inferior não só à por si esperada (tendo por base as suas expectativas iniciais, com base no CB Inicial), como àquela que obteria caso não existissem quaisquer mecanismos de aplicação de limites à produção remunerada;
- Com base numa análise da performance económico-financeira do parceiro privado foi possível concluir que a parceria se tem revelado sustentável do ponto de vista do parceiro privado;
- Ao nível da eficiência, comparativamente com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, a PPP de Cascais apresenta um nível de eficiência superior ao nível da estrutura de custos e de recursos humanos, não se mostrando, por outro lado, menos eficiente do que a média do Grupo de Referência EP relativamente à generalidade dos indicadores de atividade clínica;
- Na esfera da qualidade/eficácia da parceria de Cascais, verifica-se que esta se encontra, em termos globais, relativamente em linha com a generalidade dos hospitais que constituem o seu Grupo de Referência EP, embora existam alguns indicadores nos quais o Hospital de Cascais apresenta resultados inferiores aos do Grupo de Referência EP (destacando-se, designadamente, a

percentagem de partos vaginais instrumentados com laceração do 3.º e 4.º grau e a sépsis pós-operatória).

Por outro lado, importa recordar que o Estudo da ERS adota uma posição favorável ou pelo menos neutra, à adoção do modelo hospitalar em regime de PPP, nomeadamente relativamente ao Hospital de Cascais, evidenciando ainda alguns aspetos críticos em que a atual parceria de Cascais carece de ser melhorada, encontrando-se, assim, totalmente alinhado, com as conclusões da Equipa de Projeto.

No que tange à avaliação da parceria efetuada pelos demais *stakeholders*, cumpre salientar que da análise efetuada por aqueles não resulta uma avaliação global manifestamente negativa que possa por em causa uma eventual decisão de manutenção do modelo de PPP. Todavia, sublinhe-se que estes identificam um conjunto de questões suscetíveis de melhoria e que, como tal, deverão ser tidas em consideração, no futuro, na exploração dos serviços clínicos no Hospital de Cascais.

Finalmente, cumpre mencionar os riscos identificados (no Ponto 3.2.3. do presente Relatório) relativamente à passagem para um cenário de internalização, os quais não se afiguram despiciendo, seja no curto seja no médio/longo prazo, mesmo num contexto de adequada programação e estruturação da fase de transição.

Em face do exposto, considera-se estarem reunidas as condições para, no caso específico do Hospital de Cascais, se recomendar a adoção de um modelo de PPP, em detrimento de um cenário de internalização, alertando-se, contudo, para o facto de, em qualquer cenário futuro (de renovação ou não renovação, em função dos resultados das análises apresentadas nos pontos seguintes), se dever garantir que, *ceteris paribus*, os encargos do Estado não são superiores àqueles que serviram de base aos cálculos efetuados e que sustentam a presente conclusão.

3.3. Avaliação do exercício da faculdade contratual de renovação do Contrato de Gestão pelo Estado Português

245. Avaliado o modelo de PPP de prestação de serviços clínicos do Hospital de Cascais, cumpre, agora, abordar a “segunda questão central” deste Relatório, de saber se, apresentando esse modelo maior *value for money* para o Estado do que um cenário alternativo da gestão pública, deve o Estado, concretamente, exercer a sua faculdade de

renovação do contrato, ou, antes, iniciar um procedimento contratual para a contratação de nova PPP.

3.3.1. Alterações a introduzir no Contrato de Gestão, identificadas pela ARSLVT

246. Como antes sumariamente se referiu, através de uma informação enviada à ACSS e que constitui o Anexo 2 da Proposta Fundamentada, a ARSLVT identificou, com referência à experiência de execução do atual Contrato de Gestão, um conjunto de alterações contratuais que, na sua opinião, devem ser introduzidas no clausulado contratual que regular a prestação, por um parceiro privado, de serviços clínicos no Hospital de Cascais, nos próximos anos.

Em concreto, de acordo com a referida Informação da ARSLVT, devem ser ponderadas e eventualmente introduzidas as seguintes alterações⁸⁸:

a) Alteração dos conceitos de “Internamento” e de “Cirurgia de Ambulatório”

Os conceitos de “Internamento” e de “Cirurgia de Ambulatório” constantes do Contrato de Gestão não coincidem com os conceitos atualmente utilizados no SNS, razão pela qual aqueles devem ser revistos de forma a coincidirem com os conceitos utilizados nos demais hospitais públicos e, deste modo, permitir a sua comparabilidade.

De acordo com informação prestada pela ARSLVT, o impacto financeiro desta alteração, apurado a partir da atividade realizada no ano de 2015, será residual: variação do ICM em 0,0004044 e do n.º de doentes equivalentes em 2,41, o que se traduziria, no ano de 2015, num aumento remuneratório inferior a 5.000 €/ano.

⁸⁸ A descrição das alterações que devem ser introduzidas num futuro quadro contratual baseiam-se na descrição das mesmas constante do Anexo 2 da Proposta Fundamentada, assim como nas informações adicionais que foram, entretanto, prestadas pela ARSLVT no âmbito da Equipa de Projeto.

b) Introdução da linha de produção de “ambulatório médico”

No momento da celebração do Contrato de Gestão, não existiam GDH relativos ao ambulatório médico, pelo que não foi incluída essa linha de produção. Essa circunstância impede que aquela produção seja codificada e faturada, ao contrário do que sucede nos restantes hospitais integrados no SNS.

Estima-se que o impacto financeiro desta alteração não será muito relevante, uma vez que o Hospital de Cascais não inclui atualmente no seu perfil assistencial a oncologia e a hemodiálise, onde o impacto da introdução de uma linha de ambulatório médico seria mais significativo⁸⁹.

c) Clarificação da “produção efetiva”

Neste ponto, o que se pretende não é verdadeiramente alterar o Contrato de Gestão ou o modo como o mesmo tem vindo a ser executado, mas antes clarificar o alcance do conceito em causa, para reduzir as dúvidas interpretativas que foram surgindo durante a execução do contrato e que puseram em causa que, como era intenção inicial, a produção efetiva relevante fosse aquela que é considerada elegível para o apuramento da parcela a cargo do SNS.

Tal clarificação, não sendo, em rigor, uma verdadeira modificação, não tem qualquer impacto financeiro na execução do contrato.

d) Integrar na Produção o tratamento do VIH/Sida, fazendo assim cessar a existência de protocolo adicional para essa prestação

Embora no antigo CHC se procedesse à prestação de cuidados de saúde aos doentes com VIH/SIDA, o perfil assistencial do Hospital de Cascais constante do caderno de encargos do procedimento concorrencial para a formação do atual Contrato de Gestão não integrava a valência de infeciologia. Sucedede que, já após o lançamento de tal procedimento concursal, o Ministério de Saúde

⁸⁹ Se se tivesse em consideração a atividade em 2015 do Centro Hospitalar do Barreiro / Montijo – estabelecimento enquadrável no HGR – em AP21 sem oncologia, o valor decorrente desta alteração seria de 132 182,11 €.

decidiu alterar a metodologia de tratamento dos doentes infetados com VIH/SIDA, passando a assistência a ser feita de modo autónomo, de acordo com orientações técnicas de âmbito nacional e financiada com base na realização de protocolos estabelecidos com os hospitais do SNS e, em consonância, promoveu a inclusão desta linha de produção na primeira versão do Contrato de Gestão, celebrado em 22 de fevereiro de 2008.

Em sede do processo de emissão de visto prévio do Tribunal de Contas a esse contrato, o Tribunal opôs-se à inclusão dessa valência no clausulado do contrato⁹⁰, por entender que tal inclusão, não estando prevista no caderno de encargos, era inadmissível, tendo este aspeto relevado na decisão de recusa do visto proferida nesse processo. Neste contexto e em alternativa, foi celebrado entre o Estado e a EGEST um protocolo para a prestação de cuidados de saúde aos doentes com VIH/SIDA em ambulatório, no qual se prevê a remuneração dos atos de consulta e administração dos medicamentos antiretrovirais. Esse protocolo, sendo autónomo do Contrato de Gestão, ficou dependente da vigência deste, estando ainda sujeito, anualmente, a renovação, cabimentação e concessão de visto prévio para a produção de efeitos.

Atualmente, o Hospital de Cascais presta cuidados de saúde a 1 057 doentes com medicação TARV.

A integração da valência de infeciologia no perfil assistencial do Hospital de Cascais obrigaria a recalcular o preço unitário de consulta externa, uma vez que, no preço deste ato, passariam a estar compreendidos, entre outros, os custos com medicamentos fornecidos pela farmácia hospitalar de dispensa gratuita para o utente, tal como estabelecido para as restantes parcerias.

Tendo por base os preços praticados nos hospitais públicos que não operam em regime de PPP, o custo decorrente da integração da valência de infeciologia no perfil assistencial do Hospital Cascais teria, em 2015, um custo aproximado de 7,9 M€, sendo portanto inferior ao valor pago em 2015 ao abrigo do

⁹⁰ Cfr. Acórdão do Tribunal de Contas n.º 96/2008, de 15 de julho.

Protocolo VIH/SIDA, que ascendeu a 9,6 M€⁹¹, na diferença apurada de 1,7 M€.

Acrescente-se que, no caso do contrato de gestão do Hospital de Loures, celebrado na sequência de um procedimento concorrencial e que integra no perfil assistencial a valência de infeciologia, os custos para a EPC decorrentes da prática desses atos são ainda inferiores aos praticados nos hospitais públicos que não constituem PPP.

Dito isto, é entendimento da ARSLVT que a cessação do protocolo vigente em matéria de prestação de cuidados de saúde aos doentes com VIH/SIDA em ambulatório, paralelamente com a respetiva inclusão da valência de infeciologia no Perfil Assistencial do Hospital de Cascais, permitiria reduzir o custo atualmente associado àqueles atos.

A avaliação final da pertinência desta alteração ficou, não obstante, sujeita a parecer da Direção do Programa Nacional do VIH/SIDA, o qual foi veio a ser obtido em 30 de setembro de 2016. Muito em suma, no parecer emitido pelo Exmo. Senhor Diretor do Programa Nacional para a área da infeção VIH/SIDA e tuberculose, o mesmo expressa preocupação, em face da informação disponível relativamente ao Hospital de Cascais e ao universo de doentes aí acompanhado, quanto à “*continuidade de propagação do vírus de imunodeficiência humana*”, manifestando-se de forma muito clara, a final, em sentido “*favorável à integração da valência de infeciologia no perfil do Hospital de Cascais a nível de internamento e ambulatório*”.

e) Interrupção voluntária da gravidez (“IVG”)

O Contrato de Gestão não previu nas suas linhas de produção a remuneração pela prestação de cuidados de saúde em ambulatório relativa à IVG até às 10 semanas de gestação, pela circunstância de a publicação da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, que passou a permitir a IVG por opção da mulher nas primeiras 10 semanas, ser posterior à aprovação das peças do procedimento do concurso que antecedeu a celebração do contrato.

⁹¹ Este valor corresponde ao custo relacionado com a execução do protocolo no ano de 2015, sem a vertente correspondente ao tratamento da Hepatite C.

Através da Deliberação n.º 38/2012, de 18 de abril, o Conselho Diretivo da ARSLVT determinou unilateralmente a obrigatoriedade de a IGV ser assegurada por todos os hospitais em regime de PPP e que tais prestações fossem realizadas em condições de remuneração idênticas às dos restantes hospitais do SNS e com preços atualizados de modo igualmente idêntico. Adicionalmente, o pagamento pela ARSLVT desses atos ficou condicionado à aceitação por parte das entidades gestoras da renúncia expressa da exigência de qualquer pedido de reposição de equilíbrio financeiro.

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

O que se pretende agora é que o clausulado passe a prever expressamente esta forma específica de pagamento dos atos relacionados com a IGV até às 10 semanas.

A alteração sugerida não modifica o perfil assistencial, que já prevê a especialidade ginecologia/obstetrícia, nem o objeto do contrato, na medida em que, por força do mesmo, a EGEST está já obrigada a praticar tais atos clínicos. Acresce que esta alteração não representa qualquer encargo adicional, na medida em que o que se pretende é apenas prever expressamente no Contrato de Gestão a classificação desses atos, que se tornaram necessários meramente por força de uma alteração legislativa, como casos e atos específicos, em conformidade com a referida deliberação, mantendo-se os valores atualmente praticados.

f) Oncologia

Atualmente, o Hospital de Cascais não tem no seu perfil assistencial (internamento e consulta externa) a valência de oncologia, mas tem uma unidade de hospital de dia médico-cirúrgico em que uma das áreas (Hospital de Dia Médico) dá apoio à continuação terapêutica com citostáticos aos doentes da sua área de influência, através de um protocolo com o hospital de referência, neste caso, o CHLO. Para este efeito, aquele centro hospitalar disponibiliza os médicos que garantem a prestação de cuidados de saúde e fornece os medicamentos citostáticos que são transportados diariamente para o

Hospital de Cascais, cabendo a este hospital a cedência do pessoal de enfermagem e de outros medicamentos não citostáticos.

De acordo com a ARSVLT, seria essencial alterar este modelo organizacional/operacional para a prestação de cuidados de saúde aos doentes do foro oncológico, optando pela integração da valência de oncologia no perfil do Hospital de Cascais ou, em alternativa, excluir do seu perfil esta componente de prestação de cuidados de saúde ao nível do Hospital de Dia. Com efeito, a situação atual não configura a resposta mais adequada, na medida em que os médicos do CHLO têm de se deslocar diariamente ao Hospital de Cascais para o acompanhamento destes doentes, sendo, por sua vez, a administração dos citostáticos da responsabilidade da equipa de enfermagem do Hospital de Cascais. Outro aspeto crítico é o transporte diário dos medicamentos citostáticos do CHLO para o Hospital de Cascais.

Acresce que o modelo acima descrito revela-se, naturalmente, acrescidamente oneroso para o erário público, porquanto o preço a pagar por cada sessão de hospital de dia ao CHLO reflete este modelo complexo de organização/operação, sendo, por esse motivo, superior ao preço estabelecido para os hospitais EPE.

Em abstrato, a introdução desta alteração poderia implicar a alteração dos preços inicialmente apresentados, pelo que não é possível aferir com precisão o valor do impacto desta medida. Sem embargo, se se tivesse por base o número de sessões de hospital de dia médico em 2015 (3 160), bem como os atuais preços praticados ao abrigo do Contrato de Gestão no âmbito do ambulatório e os níveis de severidade da prestação dos cuidados de oncologia, a estimativa do impacto financeiro dessa medida seria de aproximadamente 1,6 M€/ano.

A solução final a adotar a este respeito ficou dependente de parecer do Exmo. Senhor Diretor do Programa Nacional das Doenças Oncológicas, ao qual foi solicitada a sua respetiva emissão.

Esse parecer data de 22 de setembro de 2016⁹² e conclui que “a casuística deste Hospital [referindo-se ao Hospital de Cascais] é suficiente para justificar um Serviço de Oncologia”, não se considerando “*fasível a retirada da oncologia médica do Hospital de*

⁹² O parecer que foi remetido à Equipa de Projeto não se encontra assinado.

Cascais”. No entanto, quanto à oportunidade ou essencialidade da alteração proposta pela ARSLVT, este parecer não é conclusivo, fazendo apenas referência que, “*em termos de planeamento de actividade futura podemos conceber dois cenários:*

A – Cenário 1 – Criação de um serviço autónomo de Oncologia Médica, com colocação de 3 oncologistas, passando esta atividade a ser assegurada pelo próprio Hospital de Cascais, onde a maioria da actividade de Oncologia poderia ser prestada. Exclui-se deste cenário a Hematologia e a Oncologia Pediátrica, que continuam a ser referenciadas para outros centros (...)

B – Cenário 2 – manutenção do actual figurino.

A opção por qualquer destes modelos depende também da análise económica, tanto em termos de custos directos, como do impacto sobre o CHLO”.

g) Integração da atividade de psiquiatria comunitária na prestação de cuidados de saúde de psiquiatria

O perfil assistencial do Hospital de Cascais contempla a valência de psiquiatria de adultos na área de internamento e ambulatório (consulta externa e hospital de dia), sem, no entanto, contemplar, direta ou indiretamente, a intervenção comunitária. Este enquadramento tem suscitado diversas dúvidas sobre se a atual configuração do perfil assistencial permitiria, ou não, contemplar, no âmbito dos serviços, a atividade relativa à psiquiatria comunitária, tendo-se vindo a entender que não, sendo, como tal, essa atividade assegurada pelo CHLO.

A manutenção desta situação tem criado constrangimentos na prestação de cuidados de saúde, quer ao nível da articulação entre prestadores, quer no que respeita ao acesso de novos doentes, com reflexos na qualidade dos serviços prestados.

A título de exemplo, refira-se que a atual solução não permite que os doentes em cuidados comunitários beneficiem de uma única equipa assistencial, uma vez que, pertencendo à área de influência de Cascais, em situações de consulta/internamento são assistidos pela equipa do Hospital de Cascais e, no

acompanhamento em sede de intervenção comunitária, são assistidos pela equipa do CHLO.

Os custos desta disfuncionalidade refletem-se nos *outcomes* dos doentes, com consequências ao nível dos encargos do SNS.

No âmbito da Proposta Fundamentada, esta sugestão de alteração ficou dependente do parecer da Direção do Programa Nacional de Saúde Mental. Ouvido esse órgão, este pronunciou-se no seguinte sentido:

- i) *“O programa Nacional para a Saúde Mental da DGS, como anteriormente a Coordenação Nacional para a Saúde Mental, considera a situação existente anómala e com elevado prejuízo para as populações assistidas”;*
- ii) *“O atual contrato de gestão do Hospital de Cascais ao não contemplar cuidados de saúde mental no âmbito comunitário, não se coaduna com o definido pela Lei n.º 36/98 (Lei de Saúde Mental) e o diploma que a regulamenta [...], bem como com o Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016”;*
- iii) *“A situação atual de partilha de cuidados da mesma área geodemográfica por duas instituições hospitalares, como era de prever, tem trazido múltiplos inconvenientes, nomeadamente em relação aos doentes mentais mais graves, que com frequência são seguidos em internamento por uma das estruturas e no ambulatório por outra (...) resultando por vezes em equívocos e clivagens, que nos doentes em causa são motivo de significativo agravamento. [...] Acresce que, muitas vezes, por o Hospital de Cascais não assegurar a urgência psiquiátrica continuada, os doentes deambulam entre um Serviço de Urgência Lisboa e a indicação de internamento em Cascais, atrasando a intervenção terapêutica, com óbvio prejuízo para a melhor solução clínica e significativo incómodo para os doentes e familiares”;*
- iv) *“Quanto à Saúde Mental da Infância e Adolescência, pelos mesmos motivos contratuais não foi considerada a prestação no Hospital de Cascais da Psiquiatria da Infância e Adolescência (vulgo Pedopsiquiatria) que, continuando sob a responsabilidade do Serviço do CHLO, assegura diariamente, em instalações localizadas no antigo Centro de Saúde de Cascais, a atividade de ambulatório que lhe é própria – consultas externas, que incluem intervenções familiares, intervenções junto de estruturas de escolares e outras da comunidade, bem como, a exemplo dos adultos, respostas ao Tribunal Judicial”;*

- v) *“Em suma, subscreve-se a perspetiva da ARSLVT de na próxima revisão de contrato pelo Hospital de Cascais, a Saúde Mental Comunitária e a da Infância e Adolescência serem também consideradas”.*

Atualmente, os encargos anuais com os serviços relativos a psiquiatria comunitária prestados a doentes da área de influência do Hospital de Cascais tem um valor aproximado de 200 000 €/ano.

Da leitura do parecer do Exmo. Diretor do Programa Nacional de Saúde Mental decorre ainda a necessidade de introduzir a especialidade de pedopsiquiatria no Perfil Assistencial do Hospital de Cascais. No entanto, neste momento, não se conhece o impacto financeiro que tal alteração poderia ter na execução do Contrato de Gestão. Por outro lado, tal sugestão de alteração não consta da Proposta Fundamentada, não tendo ainda obtido a concordância do Ministério da Saúde, através do S. Exa. o Secretário de Estado da Saúde. Por estes motivos, a introdução desta nova especialidade no Perfil Assistencial não será objeto de uma análise jurídico-financeira aprofundada no Ponto subsequente.

b) Revisão e substituição de alguns dos PDR

O entendimento formado acerca da imprescindibilidade de revisão dos PDR decorre, além do mais, da constatação de que alguns parâmetros carecem de ser clarificados, na medida em que a sua aplicação tem gerado diversas dúvidas interpretativas com reflexos, nomeadamente, no relacionamento entre as partes, e de que outros se encontram obsoletos/ultrapassados, não refletindo mais as atuais preocupações e objetivos da EPC e o atual estado de arte na prestação de serviços de saúde, devendo conseqüentemente ser suprimidos e, eventualmente, caso a opção seja a de manter o número total de indicadores, ser substituídos por outros.

Em termos económico-financeiros, a revisão dos PDR não terá qualquer impacto caso se mantenha o número de pontos de penalização definidos no atual Contrato de Gestão. Em caso de supressão/aditamento de outros PDR, também não haverá impacto, caso a distribuição dos pontos de penalização não altere o total já definido.

i) Introdução da melhoria contínua na negociação de valores de referência dos PDR

Ao contrário do que sucede noutras PPP no sector da saúde e com exceção dos PDR A16, B5, B9 e B10, o Contrato de Gestão não permite que, na fixação dos valores de referência dos PDR, sejam tidos em consideração os resultados do próprio hospital, determinando que essa fixação seja necessariamente realizada tendo por base os resultados apurados pelos hospitais do grupo de referência.

Por este motivo, a atual redação do clausulado contratual não permite que o hospital supere os seus próprios resultados, numa perspetiva de melhoria contínua.

Acresce que, não se encontrando muitas vezes disponíveis os resultados dos HGR, a solução consagrada no contrato inviabiliza por completo a fixação de valores de referência para os PDR e, conseqüentemente, a avaliação do desempenho da EGEST, devendo, como tal, esta situação ser corrigida.

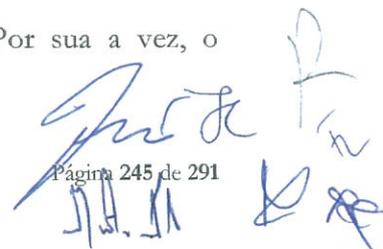
j) Introduzir a possibilidade de fixação unilateral pela EPC de valores de referência dos PDR

À semelhança do que sucede nos contratos de gestão do Hospital de Loures e do Hospital de Vila Franca de Xira, deve ser introduzida a possibilidade de fixação unilateral pela EPC de valores de referência dos PDR, no caso de esse acordo não se revelar possível.

k) Clarificar o n.º 3.8 do Anexo VII ao Contrato de Gestão (Planos de Medidas Corretivas e Relatórios de Resultados Obtidos)

O n.º 3.8 do Anexo VII tem vindo a suscitar interpretações distintas, gerando diversas entropias e dificuldades na sua aplicação.

O principal motivo de discordância prende-se com a natureza dos “relatórios de avaliação” a que este número faz referência, entendendo a EGEST tratar-se dos relatórios anuais de avaliação elaborados pela EPC. Por sua vez, o



entendimento da ARSLVT é o de que os relatórios da EGEST correspondem aos relatórios apresentados no âmbito das obrigações de informação definidas na subalínea *ii)*, da alínea *a)* do n.º 4 da cláusula 129.^a, que têm uma periodicidade trimestral. Ora, considerando o previsto no n.º 3.8, que dispõe que a EGEST se obriga a estabelecer um Plano de Medidas Corretivas quando em dois relatórios consecutivos reporte valores insatisfatórios relativamente a qualquer um dos PDR, o entendimento da EGEST determinaria que esta só se encontraria obrigada a elaborar e implementar um Plano de Medidas Corretivas findos dois anos consecutivos de resultados insatisfatórios nos PDR. Tal dilatação temporal não é compaginável com as obrigações que sobre a EGEST impendem, em termos de qualidade assistencial e organizacional.

A menor clareza destas obrigações tem dificultado a aplicação do n.º 3.8 em termos de prazos de elaboração e envio de Planos de Medidas Corretivas e dos correspondentes Relatórios de Resultados Obtidos. Não obstante, a EGEST tem vindo a cumprir com pontualidade e regularidade as obrigações aí previstas, em linha com aquele que é o entendimento considerado adequado desse número, por parte da ARSLVT.

Paralelamente à discordância quanto ao tipo de relatórios a que se refere o n.º 3.8, a EGEST também contesta os prazos impostos contratualmente para a avaliação a que remete a alínea *c)* do mesmo número, considerando-os excessivamente curtos. Sobre esse aspeto, apesar de a ARSLVT não poder deixar de reiterar junto da EGEST que tais prazos decorrem do estrito cumprimento da letra do contrato, reconhece que a implementação de Planos de Medidas Corretivas requer algum tempo para que essas medidas venham, de facto, a surtir efeito e a fazer transitar resultados insatisfatórios em satisfatórios.

l) Clarificação da periodicidade de entrega dos Relatórios Justificativos do Desvio

Nos termos estabelecidos nas fichas técnicas de alguns PDR, em caso de incumprimento do valor de referência definido, não há lugar à aplicação de penalização financeira, encontrando-se a EGEST apenas obrigada a elaborar e enviar à EPC relatórios justificativos do desvio. No entanto, persistem interpretações distintas sobre a periodicidade da entrega desses relatórios,

entendendo a EGEST tratar-se de uma obrigação anual, em face do incumprimento verificado no ano em avaliação, ao passo que a EPC entende que essa informação deve constar do respetivo reporte trimestral, aquando da identificação do desvio.

A questão é relevante na medida em que não se afigura adequado que a EPC só tenha conhecimento concreto de ocorrências como óbitos maternos, neonatais, perinatais, entre outras ocorrências, e respetiva justificação, findo o ano em avaliação, nomeadamente quando estas ocorrências tiveram lugar nos primeiros meses do ano.

m) Diminuir o número de PDR que preveem a apresentação de Relatório Justificativo do Desvio em vez de uma penalização financeira

O Contrato de Gestão do Hospital de Cascais consagra um elevado número de PDR cuja avaliação com resultado desfavorável apenas impõe a elaboração de um Relatório Justificativo do Desvio. Entende a ARSLVT ser mais eficaz, em alguns casos, a substituição da obrigação de apresentação desse relatório, pela obrigação de a EGEST suportar a aplicação de penalizações financeiras no caso de avaliação desfavorável.

n) Aplicação de penalização por não monitorização dos PDR

Ao contrário do que sucede nos contratos de gestão do Hospital de Loures e do Hospital de Vila Franca de Xira, o Contrato de Gestão do Hospital de Cascais não prevê a aplicação de uma penalização específica para incumprimento da obrigação de monitorização dos PDR, pelo que se considera conveniente a sua introdução.

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

Nos termos da cláusula 53.ª do Contrato de Gestão, a avaliação do desempenho da EGEST é anual e é efetuada, quer por áreas de avaliação, quer de forma global. A avaliação por áreas, já se viu, compreende as componentes

de *Resultados* (em que é avaliado o desempenho da EGEST no cumprimento dos valores de referência definidos para os PDR), *Serviço* (em que é avaliado o desempenho da EGEST no cumprimento dos PDS) e *Satisfação*. A avaliação desta última componente é realizada mediante a comparação entre os índices de satisfação dos utentes do Hospital de Cascais e os índices de satisfação obtidos pelos hospitais públicos incluídos nos inquéritos de satisfação de utentes realizados pelo Ministério da Saúde.

Sendo este o regime contratual, o certo é que, como antes se referiu, nunca se afigurou possível a avaliação da EGEST nesta componente, em virtude de o Ministério da Saúde ter interrompido a realização dos inquéritos entre 2009 e 2014.

Tendo sido retomados em 2015, a metodologia dos estudos de satisfação dos utentes realizados pelo Ministério da Saúde, a cargo da Direção-Geral da Saúde, foi, no entanto, alterada, passando a proceder-se a uma avaliação estritamente macro da satisfação global dos utentes, através da avaliação da perceção da sua satisfação quanto aos cuidados de saúde prestados pelo sistema de saúde, nos diferentes níveis de cuidados, quer do setor público, quer do setor privado.

Neste novo contexto, em que a análise da satisfação dos utentes não é realizada ao nível da prestação de serviços por cada instituição, o disposto no n.º 4 da cláusula 53.ª Contrato de Gestão não poderá ser aplicado, carecendo, como tal, a avaliação do desempenho no que respeita à satisfação dos utentes, de ser revista.

p) Revisão da metodologia de apuramento dos HGR

Nesta sede, o que se pretende introduzir no clausulado contratual é a fixação de limites mais amplos para os intervalos de aceitação de hospitais no grupo de referência, permitindo, desse modo, apurar os respetivos grupos de referência com vários hospitais que, atualmente, ficam excluídos pelos limites fixados.

Por outro lado, considera-se relevante a inclusão de um novo critério de apuramento relacionado com a existência de unidades de cuidados intermédios/intensivos, uma vez que estas unidades têm um elevado impacto

na mortalidade, fator muito relevante para a apreciação do desempenho das instituições no âmbito dos PDR.

q) Sistemas de informação/monitorização

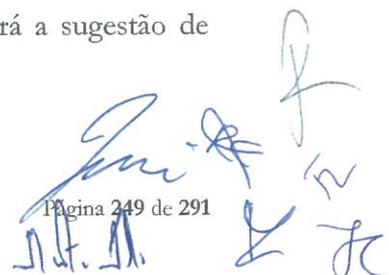
O que se pretende com esta alteração é reforçar o carácter *paper free* do Hospital, eliminando do clausulado a terminologia “*tendencialmente automático*” utilizada, por vezes, no âmbito da descrição das obrigações referentes aos sistemas de informação e de monitorização, preferindo-se a terminologia “automatizado desde que tecnicamente possível”, assim como melhorar as especificações técnicas do processo clínico eletrónico.

A modificação que se pretende introduzir não obrigaria, no presente caso, a EGEST, a fazer investimentos adicionais, visando apenas clarificar a atual redação contratual, deixando absolutamente claro que o Hospital deve informatizar sempre que tecnicamente possível ao invés de apenas ter de informatizar de “forma tendencial”.

r) Revisão da alínea f) do n.º 3 da cláusula 26.ª (Disponibilidade da Urgência)

Nesta sede, o que se pretende é rever a metodologia de aferição da adequação dos tempos de espera como requisito da disponibilidade da urgência, nomeadamente de forma a tornar mais claro o cumprimento dos tempos alvo previstos na “*Triagem de Manchester*”, de acordo com o preconizado pelo Grupo Português de Triagem. Esta sugestão da ARSLVT corresponde a uma mera clarificação do texto contratual, não tendo, como tal, a sua introdução, qualquer impacto financeiro.

Não obstante, a metodologia para apuramento da indisponibilidade do serviço de urgência será ainda objeto de discussão por um grupo de trabalho a constituir pela ACSS na sequência do despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde n.º 141/2016, constituindo um dos objetivos desse grupo de trabalho a definição de uma posição do Estado quanto a esta matéria que seja comum, quer nos hospitais do SNS, quer nos hospitais regime de PPP. Por este motivo, neste momento, não é possível antever qual será a sugestão de



metodologia que virá a ser apresentada, a final, pelo Ministério da Saúde e, nesta medida, qual o impacto que a mesma poderá ter em termos financeiros.

s) Revisão do clausulado relativo à referenciação de doentes para a RNCCI e respetivo pagamento

Atualmente, a assistência dos doentes corretamente referenciados para a RNCCI é compensada através do pagamento de uma diária de internamento acrescida do valor dos restantes itens previstos na Portaria n.º 262/2015, de 28 de agosto.

O que se pretende com esta alteração é substituir esses valores pelo pagamento de um só preço, que abrangeria, quer o valor da diária, quer os demais custos, à semelhança do que sucede nos restantes hospitais em regime de PPP.

t) Resolução de litígios via tribunal arbitral

Sem prejuízo de esta questão não estar identificada como uma alteração já definida como necessária, considera-se deverem ser ponderadas as vantagens e desvantagens em se prever o recurso à arbitragem para a resolução de litígios relacionados com a interpretação e execução do Contrato de Gestão e, no caso de se entender pela maior conveniência na adoção de outro meio de resolução de litígios, nomeadamente o recurso aos tribunais administrativos, então, ser introduzida tal alteração ao clausulado do Contrato de Gestão.

u) Taxas moderadoras

O Contrato de Gestão prevê a entrega à EPC das “taxas moderadoras cobradas”, devendo passar a prever a entrega das “taxas moderadoras devidas”. Com esta alteração, o risco de cobrança passaria a ser risco do parceiro privado.

v) Revisão do n.º 4 da cláusula 129.⁹³

Esta disposição contratual prevê a obrigação da EGEST de entregar um relatório anual de atividades. Com base neste pressuposto, a EGEST envia um único relatório anual, no qual, com algumas exceções, se limita a fazer referência aos itens que compõem o leque de atividades, de forma pouco exaustiva. Assim, torna-se necessário que seja suprimida a alusão ao envio de um único relatório anual, prevendo-se antes que, a cada atividade descrita na cláusula 129.^a, n.º 4, alínea c), deve corresponder um relatório autónomo.

Por outro lado, a forma como está redigida esta disposição contratual conduz a redundâncias de informação, uma vez que a informação solicitada em algumas das subalíneas faz parte integrante de outras.

w) Revisão do n.º 3 da cláusula 44.^a

O que se pretende é eliminar dessa disposição a referência aos “*medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar prescritos por médicos do Hospital de Cascais cujo encargo legal caiba à Administração Regional de Saúde*”, passando esse encargo a ser assumido pelo parceiro privado.

Em 2015, estes medicamentos constituíram um encargo para o Estado de 2 800 €.

247. Do conjunto de alterações constante da Informação da ARSLVT, a introdução de dezanove delas foi considerada por aquela entidade como “muito importante”, não tendo obtido essa classificação de importância apenas as alterações identificadas nas alíneas m), q), t), v) e w) *supra*.

A mencionada Informação da ARSLVT, que constitui o Anexo 2 da Proposta Fundamentada, mereceu a concordância da ACSS e posteriormente de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde, através de despacho de 21 de março de 2016.

No entanto, como antes referido, as alterações respeitantes à (i) introdução da prestação de cuidados a doentes infetados com VIH/Sida, (ii) integração da atividade de

⁹³ Por lapso, o Anexo 2 do Ofício da Proposta Fundamentada refere-se erradamente à alínea c) do n.º 3 da cláusula 129.^a do Contrato de Gestão.

psiquiatria comunitária na prestação de cuidados de saúde de psiquiatria a realizar no Hospital e *(iii)* introdução da valência de oncologia, ficaram dependentes de pareceres a emitir pelas entidades competentes no âmbito do Ministério da Saúde⁹⁴. Esses pareceres foram já emitidos, a saber: os pareceres relativos à introdução da valência de VIH/SIDA e da psiquiatria comunitária, que validaram integralmente as alterações sugeridas pela ARSLVT; e o parecer do Exmo. Senhor Diretor do Programa Nacional das Doenças Oncológicas, que faz depender uma decisão final quanto ao modelo a adotar para prestação de cuidados oncológicos de uma análise económica e que determina ainda que o CHLO deve ser envolvido nessa decisão.

Do exposto pode, desde já, retirar-se que:

- i)* A introdução da prestação de cuidados de oncologia é uma possibilidade que está a ser equacionada; no entanto, a decisão quanto a esta matéria carecerá ainda, nomeadamente, de uma análise económico-financeira dos vários modelos possíveis⁹⁵, não existindo ainda uma decisão final quanto à necessidade de se realizar esta modificação;
- ii)* Com exceção da alteração referida na alínea anterior, todas as demais modificações foram tidas como necessárias pelo Ministério da Saúde.

248. Sem prejuízo de não haver ainda uma decisão final quanto à introdução da valência de oncologia no objeto do Contrato de Gestão, por uma questão de cautela e de completude de análise, a viabilidade daquela alteração será objeto de apreciação no âmbito do presente Relatório, nomeadamente para o caso de tal modificação vir ainda a ser aprovada. Com efeito, atendendo à sua relevância, considera-se ser de toda a conveniência a obtenção de uma decisão final quanto a esta matéria antes da adoção pela EPC de uma decisão quanto à renovação, ou não, do Contrato de Gestão.

⁹⁴ *Cfr.* p. 17 da Proposta Fundamentada e Nota Interna do Gabinete de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde, de 18 de março de 2016.

⁹⁵ *Cfr.* Parecer do Exmo. Senhor Diretor do Programa Nacional das Doenças Oncológicas, de 22 de setembro de 2016.

3.3.2. Outras alterações contratuais

249. Paralelamente ao procedimento de avaliação e decisão dos vários modelos passíveis de assegurar a continuidade da prestação dos cuidados de saúde no Hospital de Cascais após o termo do seu Contrato de Gestão – no qual se enquadra o presente o Relatório –, foi muito recentemente aprovada, através de despacho de concordância de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde de 16 de setembro de 2016, uma proposta fundamentada apresentada pela ARSLVT, nos termos da qual se propõe: **(i)** o início de um procedimento de modificação objetiva do Contrato de Gestão do Hospital de Loures e do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, estritamente limitado à alteração da cláusula 7.ª do primeiro contrato e da cláusula 29.ª, n.º 2, do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, e **(ii)** a dispensa da comissão de negociação, nos termos do artigo 21.º, n.º 6, do Decreto-Lei n.º 111/2012.

De acordo com a essa proposta fundamentada e no que respeita ao Hospital de Cascais, o que se pretende é tão-somente alterar a sua área de influência, na área materno-infantil, por forma a fazer refletir no contrato a união de freguesias de Almargem do Bispo, Montelavar e Pêro de Pinheiro (esta última abrangida pela versão inicial da área de influência do hospital). Essa união de freguesias resulta da reorganização administrativa territorial autárquica ditada pela Lei n.º 22/2012, de 30 de maio, e da reorganização administrativa do território das freguesias prevista na Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro.

De acordo com essa proposta fundamentada, aquela alteração deve produzir efeitos retroativos a partir de 29 de setembro de 2013 e apenas deve vigorar enquanto se mantiver o quadro de reorganização de freguesias aprovado pela Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro.

Ora, decorre daquela proposta fundamentada, nomeadamente do facto de a alteração em causa decorrer de alterações legislativas que entraram em vigor no ano de 2013 e de se pretender que a alteração produza efeitos retroativos, que, caso essa alteração venha a ser aprovada⁹⁶, aquela deve ser introduzida no atual Contrato de Gestão independentemente da

⁹⁶ A aceitação da alteração contratual proposta exige o cumprimento do procedimento previsto no Decreto-Lei n.º 111/2012, o que obrigará, em regra, à constituição de uma comissão de negociação. Em qualquer caso, uma decisão quanto à alteração de um contrato em regime de PPP, como é o caso do Contrato de Gestão, carecerá de uma prévia avaliação jurídica e económico-financeira da alteração, incluindo à quantificação dos encargos para o sector público dela decorrentes e a análise da sua contabilidade orçamental, bem como do seu eventual impacto na matriz de risco contratual.

Esclareça-se, no entanto, que a competência para a realização dessa avaliação não pertence à Equipa do Projeto, que, como tal, não procedeu a essa análise.

decisão que se tome quanto à sua eventual renovação, não se enquadrando essa alteração, por conseguinte, no conjunto de modificações a introduzir no contrato novo ou renovado, nas quais se centrará a análise que se segue.

250. Para além das mencionadas alterações, estão ainda a ser estudadas pela ARSLVT outras alterações a introduzir no contrato novo ou renovado, nomeadamente o alargamento da área de influência do Hospital de Cascais às oito freguesias do Município de Sintra já abrangidas, por força da cláusula 29.ª, n.º 2, do Contrato de Gestão, pela área de influência na área materno-infantil. Dito de outro modo, encontra-se neste momento a ser equacionada a hipótese de se alargar a prestação de todos os serviços de saúde atualmente assegurados pelo Hospital de Cascais àquelas oito freguesias do Concelho de Sintra. Acontece que o impacto de tal alteração está ainda a ser estudado, não tendo esta alteração sido ainda formalmente proposta aos órgãos competentes. Nesta medida e não se conhecendo ainda a posição da tutela sectorial sobre este tema, não se procederá, para efeitos do presente Relatório, à sua análise jurídico-financeira.

O mesmo se conclui relativamente à possível introdução da especialidade de pedopsiquiatria no Perfil Assistencial do Hospital de Cascais. Com efeito, a um tempo, não se conhece o impacto financeiro que tal alteração poderia ter na execução do Contrato de Gestão; a outro tempo, tal sugestão de alteração não consta da Proposta Fundamentada, não tendo, como tal, ainda obtido a concordância do Ministério da Saúde, através do S. Exa. o Secretário de Estado da Saúde.

3.3.3. Análise jurídico-financeira das alterações a introduzir

251. Conhecidas as alterações que a tutela sectorial pretende ver introduzidas no quadro contratual que venha a regular a prestação de serviços clínicos no Hospital de Cascais nos próximos anos, cumpre agora aquilatar, ainda que de forma sucinta, da legalidade de tais modificações à luz dos limites legais à modificabilidade do atual Contrato de Gestão. Por outras palavras, cabe previamente apurar se tais alterações podem ser introduzidas no atual instrumento contratual ou se, pelo contrário, a introdução das mesmas obrigaria ao lançamento de um novo concurso e à celebração de um novo contrato. Com efeito, tendo aquelas alterações sido consideradas como necessárias pelos

órgãos competentes pela determinação da política nacional na área da saúde, a (im)possibilidade de se negociar e alterar o atual Contrato de Gestão, sem procedimento concorrencial prévio, poderá ser determinante na avaliação e escolha das várias soluções analisadas pela Equipa de Projeto e acima descritas⁹⁷.

a. *Ponto prévio: definição do regime legal aplicável*

252. Antes de entrar na análise propriamente dita da legalidade das mencionadas alterações, importa esclarecer que, muito embora a renovação corresponda, como anteriormente se referiu, à reconstituição, no termo do prazo e em iguais moldes ou próximos, do complexo originalmente inscrito no contrato inicial, em abstrato e em termos lógicos, nada impede que, antes da renovação do vínculo contratual, se proceda à renegociação do contrato, para, num momento posterior, se proceder à renovação do contrato alterado.

253. Ainda a título preliminar, importa frisar que, tendo em conta o conteúdo do Contrato de Gestão e, em especial, o modo como se encontra gizado o respetivo objeto, o mesmo assume a natureza de um contrato administrativo de concessão de serviço público, que MARCELLO CAETANO definia como o “*acordo pelo qual uma pessoa coletiva de direito público transfere para outra pessoa, durante o prazo estipulado, o seu poder de estabelecer e explorar determinado serviço público, para ser exercido por conta e risco do concessionário mas sempre no interesse público*”⁹⁸. Mais tarde, PEDRO GONÇALVES propôs que a concessão de serviço público fosse definida como o “*acto constitutivo de uma relação jurídica administrativa pelo qual uma pessoa, titular de um serviço público, atribui a uma outra pessoa o direito de, no seu próprio nome, organizar, explorar e gerir esse serviço*”⁹⁹.

⁹⁷ A este respeito, recorde-se que, no Contrato de Gestão do Hospital de Loures, a possibilidade de renovação depende expressamente, nos termos do n.º 2 da respetiva cláusula 38.ª, de o parceiro público não pretender, “*por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato*”.

⁹⁸ Cfr. MARCELLO CAETANO, *Manual de Direito Administrativo*, I, Coimbra, 1984, pp. 583 e 584.

⁹⁹ Cfr. *A Concessão de Serviços Públicos (uma aplicação da técnica concessória)*, Coimbra, 1999, p. 130.

Atualmente, na linha dessa melhor doutrina, o artigo 407.º do CCP define o contrato de concessão de serviços públicos como o contrato administrativo “*pelo qual o co-contratante se obriga a gerir, em nome próprio e sob sua responsabilidade, uma atividade de serviço público, durante um determinado período, sendo remunerado pelos resultados financeiros dessa gestão ou, diretamente, pelo contraente público*”.

Desde logo, o Contrato de Gestão assume-se como *ato constitutivo de uma relação jurídica administrativa* ou, dito de outro modo, como um contrato administrativo, na medida em que através do mesmo o contraente privado se associa ao desempenho regular de atribuições do contraente público, em concreto a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, estando, como tal, associado à satisfação de uma utilidade pública. A existência de um regime de Direito Administrativo é também patente tanto no clausulado do contrato, no qual podemos encontrar diversas regras norteadas por preocupações de direito público¹⁰⁰, como na disciplina legal subsidiariamente aplicável, como é o caso do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto¹⁰¹, tendo ainda sido celebrado na sequência de um procedimento concursal regulado por normas de direito público¹⁰².

Por fim, dentro do conjunto de direitos e obrigações da EGEST, constam os de gerir um serviço público (de saúde), com transferência do risco de exploração para aquela¹⁰³.

Esta classificação do Contrato de Gestão como um contrato administrativo, em concreto como um contrato de concessão de serviço público, é relevante para a análise a efetuar pela Equipa do Projeto, na medida em que determina a sujeição daquele contrato a um conjunto de regras e princípios de Direito Administrativo que regem e limitam a modificabilidade daqueles contratos.

254. Relativamente à legislação nacional, a disciplina jurídica aplicável à execução dos contratos administrativos encontra-se consagrada na Parte III do CCP. No entanto, dispõe-se no artigo 16.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, que aprovou o CCP, que aquele código só é aplicável à execução dos contratos administrativos celebrados na

¹⁰⁰ *Cfr.*, entre outras, as cláusulas referentes à modificação unilateral do contrato ou à resolução unilateral por motivos de interesse público.

¹⁰¹ No preâmbulo do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, pode-se ler que “*o contrato de gestão reveste, assim, a natureza de um verdadeiro contrato de concessão de serviço público, embora a sua designação pretenda clarificar que, no âmbito da saúde, o Estado mantém em maior grau a responsabilidade*”.

¹⁰² Sobre a definição de contratos administrativos, *cfr.* artigo 1.º, n.º 6, do CCP.

¹⁰³ *Cfr.* n.º 87 do presente Relatório.

sequência de procedimentos de formação iniciados após a data da sua entrada em vigor (30 de julho de 2008). Ora, considerando que o contrato em apreço foi celebrado na sequência de procedimento de formação iniciado antes dessa data, conclui-se, à partida, que não se lhe aplicam, por esta via, as disposições do CCP em matéria de modificação de contratos administrativos.

Não significa isto, no entanto, que as soluções plasmadas no CCP não relevem nesta análise. Pelo contrário, tais soluções são de ter em conta, apesar de não serem diretamente aplicáveis, na medida em que dão forma de lei a orientações que eram já anteriormente propugnadas na doutrina e na jurisprudência ou tomam partido num dos sentidos possíveis relativamente a aspetos em torno dos quais existia controvérsia.

Sem prejuízo, não sendo diretamente aplicável à execução do contrato aqui em causa o CCP, deveremos recorrer igualmente aos princípios gerais de direito dos contratos públicos, bem como aos princípios gerais do direito e, na parte aplicável, ao Código do Procedimento Administrativo, que se continua a aplicar a contratos administrativos como aquele aqui em causa, malgrado a revogação operada pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro¹⁰⁴.

255. No quadro comunitário, refira-se que a figura do contrato de concessão de serviços públicos apenas era objeto de um número limitado de disposições de direito derivado, não existindo, até muito recentemente, regras para a respetiva execução, nomeadamente, para a sua modificação. A previsão de disposições específicas sobre o regime de modificação dos contratos, incluindo dos de concessão de serviços públicos, é uma das novidades das Diretivas n.º 2014/23/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014, relativa à adjudicação de contratos de concessão (“**Diretiva n.º 2014/23/UE**”), e n.º 2014/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de fevereiro de 2014, relativa aos contratos públicos (“**Diretiva n.º 2014/24/UE**”)¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Esta conclusão não é prejudicada, em nossa opinião, pela entrada em vigor do novo Código do Procedimento Administrativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, que devolve, por sua vez a remissão para o CCP. De todo o modo, sublinhe-se, a exposição aqui avançada sempre mereceria a mesma conclusão caso fosse o CCP aplicável, sendo sempre feita, conforme exposto em texto, a articulação com as referidas disposições.

¹⁰⁵ Publicadas no Jornal Oficial da União Europeia no dia 28 de março de 2014 e cujas regras, em conjunto com as disposições da Diretiva n.º 2014/25/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa aos contratos públicos celebrados pelas entidades que operam nos setores da água, da energia, dos transportes

Muito embora, na nossa opinião, aquelas não sejam necessariamente aplicáveis aos contratos celebrados antes da sua entrada em vigor e não tenham sido ainda transpostas para o nosso ordenamento jurídico, mantendo-se em vigor, até lá, as disposições da Diretiva n.º 2004/18/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março de 2004, relativa à coordenação dos processos de adjudicação dos contratos de empreitada de obras públicas, dos contratos públicos de fornecimento e dos contratos públicos de serviços – que não contém verdadeiramente um regime aplicável à modificação de contratos de concessão –, as disposições destas novas diretivas serão consideradas na análise que se segue, por refletirem as soluções comunitárias de fonte jurisprudencial consagradas durante a vigência das anteriores normas comunitárias e por haver o risco de se entender que aquelas não são mais do que a concretização legal dos princípios comunitários em matéria de livre circulação dos serviços e abertura à concorrência resultantes dos tratados comunitários – esses sim diretamente aplicáveis ao contrato em análise.

b. *Dos limites gerais à modificação dos contratos administrativos*

256. O princípio geral que vigora nos contratos administrativos, como em quaisquer outros, é o *pacta sunt servanda*, segundo o qual os contratos são para ser executados nos termos pactuados.

Isto não significa, porém, que não possam ser modificados. Essa modificação do contrato, no entanto, ter-se-á de nortear obrigatoriamente – à semelhança aliás do que sucede com as demais decisões administrativas – pela prossecução do interesse público, nos termos do artigo 266.º da Constituição da República Portuguesa, e não poderá conduzir a uma alteração substancial do contrato original em termos tais que conduza, na prática, à execução de um contrato completamente diferente¹⁰⁶.

e dos serviços postais, entraram em vigor no dia 17 de abril de 2014. Os Estados-Membros deveriam transpor a diretiva até 18 de abril de 2016.

¹⁰⁶ Neste sentido, como refere PEDRO GONÇALVES, “*a Administração pode mudar o contrato mas não pode mudar de contrato*” (*A Concessão de Serviços...*, *ob. cit.*, p. 258).

257. A modificação dos contratos administrativos pode ser analisada, em abstrato, em relação a dois aspetos que se encontram intimamente relacionados.

O primeiro diz respeito à análise dos *motivos ou fundamentos que conduzem à modificação do contrato*. Podem, assim, ser vários os motivos que levam à modificação do contrato: alteração anormal e imprevisível das circunstâncias, alteração legislativa ou razões de interesse público decorrente de necessidades novas ou de uma nova ponderação das circunstâncias existentes; noutra perspetiva, tal modificação pode ainda resultar de acordo das partes, de decisão judicial ou arbitral ou do exercício do poder de modificação unilateral do contraente público.

O segundo aspeto está relacionado com os *limites dos poderes de modificação contratual*, já que, como se começou por referir, nem todas as modificações ao contrato são permitidas, não sendo designadamente admissíveis alterações substanciais ao acordo original.

Com efeito, a modificação dos contratos administrativos encontra-se submetida a determinados limites que visam não só proteger o cocontratante privado, mas igualmente os interesses da transparência, da concorrência e da objetividade. Estes limites aplicam-se não só nos casos de modificação unilateral, mas também de modificação por acordo¹⁰⁷.

Como é pacificamente reconhecido pela doutrina, estão em causa essencialmente dois limites ou restrições ao poder de modificar um contrato administrativo, impostos, por um lado, pelo princípio da intangibilidade do objeto (essencial) do contrato e, por outro lado, pelo princípio da concorrência¹⁰⁸.

Ambos os limites foram, aliás, objeto de consagração expressa no CCP que, colmatando uma lacuna existente antes da sua entrada em vigor, estabelece, no seu artigo 313.º, aplicável a todas as modificações objetivas dos contratos, sejam elas unilaterais ou consensuais, que “*a modificação não pode conduzir à alteração das prestações principais abrangidas pelo objeto do contrato nem configurar uma forma de impedir, restringir ou falsear a concorrência garantida pelo disposto no presente Código relativamente à formação do contrato*”.

¹⁰⁷ Cfr., neste sentido, Acórdão n.º 20/10 do Tribunal de Contas, proferido no Processo n.º 108/2010, de 1 de junho de 2010, pp. 7 e ss.

¹⁰⁸ Como refere PEDRO GONÇALVES, “*a modificação do contrato [deve] balizar-se não só pelo “scope of the contract” (fim do contrato) como também pelo “scope of the competition” (fim da proteção da concorrência)*” (“Acórdão Pressetext: modificação do contrato existente vs adjudicação de novo contrato”, *ob. cit.*, p. 17). No mesmo sentido, GONÇALO GUERRA TAVARES/NUNO MONTEIRO DENTE, *Código dos Contratos Públicos, Comentado*, II, Coimbra, 2011, p. 95 e TIAGO DUARTE, “Os eléctricos de Marselha não chegaram a Sintra: O Tribunal de Contas e os limites à modificação dos contratos”, *Revista de Contratos Públicos*, n.º 3, Setembro/Dezembro 2011, pp. 33 e ss.

Por força do princípio da intangibilidade do objeto, “*não podem ser alteradas as prestações típicas do contrato, ou seja, o respetivo núcleo essencial, constituído por aquelas prestações que identificam um determinado tipo contratual (que o individualizam)*”¹⁰⁹, o que significa que “*a Administração [pode] modificar o contrato, mas apenas dentro do âmbito do respetivo objeto*”¹¹⁰.

No mesmo sentido, a modificação contratual está ainda limitada pela necessária consideração da proteção da concorrência – não apenas dos operadores económicos que concorreram ou que poderiam ter concorrido à adjudicação do contrato inicial, mas também dos potenciais concorrentes a uma nova adjudicação – afigurando-se irrelevante que o contrato seja modificado por ato unilateral ou por acordo. Aliás, “*com este limite, tem-se em vista, principalmente, evitar situações de manipulação do poder de modificação por parte do contraente público em conluio com o co-contratante (no âmbito da modificação por acordo das partes)*”¹¹¹.

258. Da conjugação dos referidos limites e critérios pode concluir-se que as alterações introduzidas num contrato público, durante a sua vigência, apenas constituem uma nova adjudicação quando apresentem características substancialmente diferentes das do contrato inicial e sejam, conseqüentemente, suscetíveis de demonstrar a vontade das partes em renegociar os termos essenciais do contrato.

Acresce um terceiro limite: o respeito pelo equilíbrio económico-financeiro do contrato. Nos termos do artigo 180.º, alínea a), do Código de Procedimento Administrativo e do artigo 314.º do CCP, aquando da alteração do contrato, por razões de interesse público ou com fundamento em alteração anormal e imprevisível das circunstâncias, resultar um desequilíbrio económico-financeiro, a equação financeira em que assentou o contrato deve ser reposta.

259. Ainda com relevo para análise da legalidade das alterações em apreço e para definir quais os limites legais à modificação dos contratos, importa salientar a possibilidade prevista expressamente no CCP de, em determinadas circunstâncias, se contratar *serviços a*

¹⁰⁹ Cfr. GONÇALO GUERRA TAVARES/NUNO MONTEIRO DENTE, *Código dos Contratos Públicos, Comentado*, p. 95.

¹¹⁰ Cfr. PEDRO GONÇALVES, “Acórdão Prettetext: modificação do contrato existente vs adjudicação de novo contrato”, *ob. cit.*, p. 16.

¹¹¹ Cfr. CARLA AMADO GOMES, “A conformação da relação contratual no Código dos Contratos Públicos”, in AAVV, *Estudos de Contratação Pública – I*, 2008, p. 542.

mais, isto é, serviços cuja quantidade ou espécie não esteja prevista inicialmente no contrato e que:

- a) *“Se tenham tornado necessários à prestação dos serviços objecto do contrato na sequência de uma circunstância imprevista; e*
- b) *Não possam ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão do objeto do contrato”*¹¹².

Em qualquer caso, estabelece o artigo 454.º desse Código, tais serviços não podem ser contratados quando *“o preço atribuído aos serviços a mais, incluindo o de anteriores serviços a mais, ultrapasse 40 % do preço contratual”*.

260. Por fim, a Diretiva n.º 2014/23/UE, incorporando, como referimos, as soluções básicas desenvolvidas pela jurisprudência comunitária¹¹³, introduz uma disposição

¹¹² Cfr. artigo 454.º, n.º 1, do CCP.

¹¹³ A jurisprudência comunitária proferida a propósito da modificabilidade dos contratos públicos, nomeadamente a sufragada nos acórdãos do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias, de 19 de junho de 2008, Proc. C-454/06 (*“Acórdão Pressetext”*) – e de 29 de abril de 2004, Proc. C-496/99 (*“Acórdão Comissão/CAS Succhi di Frutta”*), é descrita no Acórdão do Tribunal de Contas n.º 3/2010, de 1 de junho, do seguinte modo:

“- O direito comunitário não proíbe a modificação de contratos públicos, mas limita-a de forma significativa por aplicação dos princípios da concorrência, igualdade e transparência;

- É possível introduzir alterações aos contratos desde que a possibilidade de modificação haja sido expressamente prevista no contrato inicial ou nas peças do procedimento de adjudicação, de forma precisa quanto às circunstâncias e condições em que pode ser feita;

- Ainda que não expressamente autorizadas, admitem-se alterações não substanciais aos contratos mas não podem ser feitas quaisquer alterações substanciais;

- As alterações são substanciais quando apresentam características substancialmente diferentes das do contrato inicial e sejam, consequentemente, susceptíveis de demonstrar a vontade das partes de renegociar os termos essenciais do contrato;

- Salvo previsão expressa ou operações de reorganização interna do co-contratante, a substituição do co-contratante ao qual a entidade adjudicante tinha inicialmente adjudicado o contrato por outro constitui uma alteração de um dos termos essenciais do contrato público;

- Não é possível o alargamento do contrato, numa medida importante, a serviços inicialmente não previstos;

- Salvo ajustamentos inicialmente previstos ou sem significado relevante, a alteração do preço durante o período de vigência do contrato constitui alteração de uma das suas condições essenciais;

- As modificações só são possíveis até ao ponto em que se possam considerar “neutras” para os interesses económicos dos proponentes, em particular do co-contratante privado, que não deve resultar beneficiado;

- As modificações só são possíveis se não forem prejudiciais aos interesses dos que poderiam ter apresentado proposta no processo de adjudicação inicial;

- As modificações só são possíveis se não forem prejudiciais aos interesses dos potenciais concorrentes a uma nova adjudicação;

- Fora destes parâmetros, as alterações correspondem a uma nova adjudicação;

específica sobre a modificação dos contratos durante o seu período de vigência, que, em nossa opinião, prevê uma derrogação ao princípio geral de que uma modificação substancial obriga a um novo procedimento de adjudicação, desde que verificadas determinadas condições.

De facto, conforme se lê no considerando 76 da mencionada Diretiva, “[a]s autoridades e entidades adjudicantes podem ser confrontadas com circunstâncias externas que não podiam ter previsto quando adjudicaram a concessão, em especial quando a sua execução abrange um maior período de tempo. Nesses casos, é necessário ter alguma flexibilidade para adaptar a concessão a essas circunstâncias sem um novo procedimento de adjudicação. O conceito de circunstâncias imprevisíveis refere-se a circunstâncias que não podiam ter sido previstas, apesar de a autoridade ou entidade contratante ter preparado a adjudicação inicial de forma razoavelmente diligente, tendo em conta os meios que tinha à sua disposição, a natureza e as características do projeto específico, as boas práticas no domínio em questão e a necessidade de assegurar uma relação adequada entre os recursos gastos na preparação da adjudicação do contrato e o seu valor previsível. Contudo, este conceito não se pode aplicar nos casos em que uma modificação dê lugar a uma alteração da natureza global da concessão, por exemplo, substituindo as obras a realizar ou os serviços a fornecer por algo diferente ou alterando profundamente o tipo de concessão, uma vez que, em tal situação, é previsível que o resultado final seja influenciado”.

Por sua vez, do artigo específico sobre a modificação de concessões durante o seu período de vigência – o artigo 43.º da Diretiva n.º 2014/23/UE¹¹⁴ – resulta, em termos gerais, o seguinte:

- O princípio geral é o de que uma modificação substancial das disposições de uma concessão durante o seu período de vigência é considerada uma nova adjudicação e obriga a um novo procedimento de adjudicação;
- Uma modificação é considerada substancial quando tornar a concessão substancialmente diferente do contrato inicialmente celebrado;
- Uma modificação é ainda considerada substancial, quando se verificar uma das seguintes condições:
 - A modificação introduz condições que, se fizessem parte do procedimento de adjudicação original, teriam permitido a seleção de

- Nesses casos, o contraente público tem o dever de promover a «concorrência para o mercado»”.

¹¹⁴ Equivalente ao artigo 72.º da Diretiva n.º 2014/24/UE relativa aos contratos públicos.

- outros candidatos ou a adjudicação da concessão a outro requerente ou proponente;
- A modificação altera o equilíbrio económico da concessão a favor do concessionário;
 - A modificação alarga consideravelmente o âmbito da concessão¹¹⁵;
- Em derrogação ao princípio geral, uma modificação da concessão não obriga a um novo procedimento de adjudicação nomeadamente em qualquer um dos seguintes casos:
 - Se a modificação, independentemente do seu valor monetário, estiver prevista nos documentos iniciais da concessão em cláusulas de revisão, que podem incluir cláusulas de revisão dos valores, ou opções claras, precisas e inequívocas, que devem indicar o respetivo âmbito e a natureza e que não podem prever modificações ou opções que alterem a natureza global da concessão;
 - Se decorrer da necessidade de serviços adicionais, que não tenham sido incluídos na concessão inicial, desde que a mudança de concessionário:
 - Não possa ser efetuada por razões económicas ou técnicas, como requisitos de permutabilidade ou interoperabilidade com equipamento, serviços ou instalações existentes adquiridos ao abrigo da concessão inicial; e
 - Seja altamente inconveniente ou provoque uma duplicação substancial de custos para a autoridade ou entidade adjudicante.
 - Se se verificarem todas as seguintes condições:
 - A necessidade de modificação decorre de circunstâncias que uma autoridade ou entidade adjudicante diligente não poderia prever;
 - A modificação não altera a natureza global da concessão;

¹¹⁵ O legislador não indica contudo o que se deve entender por um alargamento considerável do âmbito da concessão. Todavia, o Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias, no já mencionado Acórdão *Presstext*, referindo-se ao alargamento dos serviços inicialmente previstos no contrato *numa medida importante*, remeteu expressamente para o regime dos serviços adicionais ou complementares. Em igual sentido, cfr. Acórdão do Tribunal Central Administrativo Sul de 21 de março de 2013, Processo n.º 09580/12.

- No caso das concessões adjudicadas por autoridades contratantes, se o aumento do preço não ultrapassar 50% do valor da concessão original, sendo que, no caso de modificações diversas, a limitação aplica-se ao valor de cada modificação.
- Adicionalmente, as concessões podem ser modificadas sem necessidade de novo procedimento de adjudicação, caso o valor da modificação seja inferior ao limiar previsto no artigo 8.º da diretiva em causa¹¹⁶ e a 10% do valor da concessão inicial, e desde que a mesma não altere a natureza global da concessão; o valor aqui em causa é avaliado com base no valor líquido acumulado das várias modificações.

261. Chegados aqui e feito o enquadramento geral devido, passaremos em seguida a analisar as principais alterações contratuais propostas, tal como configuradas nos documentos anexos à Proposta Fundamentada, atendendo-nos em especial naquelas que se afiguram relevantes para a verificação dos critérios acabados de expor.

c. *Alterações ao Perfil Assistencial*

262. Por levantarem questões similares relacionadas com a aplicação dos limites à modificação dos contratos administrativos, analisaremos neste subcapítulo todas as propostas de alteração que possam afetar, direta ou indiretamente, o Perfil Assistencial¹¹⁷, a saber, a integração no objeto do Contrato de Gestão: *(i)* da valência de Infeciologia, prevendo-se o tratamento dos doentes infetados com VIH/SIDA, *(ii)* da valência de Oncologia e *(iii)* da área de atividade de psiquiatria comunitária.

A estas alterações, acresce ainda a introdução da especialidade de Pedopsiquiatria sugerida pelo Exmo. Diretor do Programa Nacional de Saúde Mental, que – a ser aceite – afetará igualmente o Perfil Assistencial. Recorde-se, no entanto, que pelos motivos *supra* avançados, esta alteração não será objeto de uma análise no presente ponto.

¹¹⁶ Que corresponde a 5.186.000 €.

¹¹⁷ O Perfil Assistencial é constituído por uma descrição das áreas de atividades, das valências e especialidades que serão obrigatoriamente disponibilizadas pelo estabelecimento hospitalar.

263. Recorde-se, no que concerne aos fundamentos destas alterações, que a necessidade de inclusão destas novas áreas de atividades ou valências decorre, nos três casos, de razões de interesse público decorrentes de uma nova ponderação das circunstâncias existentes.

264. No que respeita ao primeiro limite *supra* identificado – intangibilidade do objeto do contrato –, é nosso entendimento que estas alterações não põem em causa o objeto essencial do contrato na aceção acima referida, ou, nas palavras da Diretiva n.º 2014/23/UE, que não estamos perante opções que *alterem a natureza global da concessão*. Com efeito, mesmo que se introduzisse tais alterações, o objeto essencial do contrato continuaria idêntico, *i.e.*, a realização de prestações de saúde no âmbito do SNS, não se desvirtuando com aquelas alterações a natureza das prestações a realizar ou a sua causa-função¹¹⁸.

Tal não significa, porém, que aquelas não possam ser consideradas *alterações substanciais*, na medida em que possam prejudicar a concorrência, nomeadamente os interesses de quem tenha apresentado proposta no procedimento que deu origem ao Contrato de Gestão. A este respeito, o artigo 313.º, n.º 2, do CCP, concretizando o que se deve entender por alterações contratuais suscetíveis de impedir, falsear ou restringir a concorrência garantida na formação do contrato, estabelece que “(...) a modificação só é permitida quando seja objetivamente demonstrável que a ordenação das propostas avaliadas no procedimento de formação do contrato não seria alterada se o caderno de encargos tivesse contemplado essa modificação”¹¹⁹.

A ideia é, pois, a de que o contrato administrativo não pode ser alterado em termos tais que se corresse o risco de desvirtuar, *a posteriori*, os resultados do concurso legitimador

¹¹⁸ Como ensina LOURENÇO VILHENA DE FREITAS, o “*objecto não afectável pela modificação unilateral é (...) o núcleo essencial de obrigações das quais resulta a identificabilidade do contrato base (...)*”, entendendo-se, por conseguinte, admissível a alteração nos contratos administrativos quando a alteração em causa não tenha por efeito transformar o contrato celebrado num outro, *i.e.*, quando permite manter a natureza das prestações inicialmente acordadas, a sua causa-função, mantendo-se o tipo contratual (*O Poder de Modificação Unilateral do Contrato Administrativo pela Administração (e as Garantias Contenciosas do seu Contratante perante este Exercício)*, 2007, pp. 195-196).

¹¹⁹ Note-se, porém, que o CCP prevê um desvio à aplicação desse limite, em particular, quando “*a natureza duradoura do contrato e o decurso do tempo o justifiquem*”, o que poderia ser o caso do presente Contrato de Gestão. Sucede que esse mesmo desvio não encontra tradução na nova normação comunitária sobre a modificabilidade dos contratos de concessão, nem, como melhor veremos, na jurisprudência do Tribunal de Contas. Nestes termos, uma interpretação mais cautelosa do regime aplicável e mais conforme com a nova normação comunitária aconselha a não aplicação de tal exceção à ao caso aqui em análise.

do negócio. Ainda que por mútuo acordo entre o parceiro privado e parceiro público, a Administração estaria a proporcionar àquele novas condições que não foram dadas aos concorrentes preteridos para a elaboração das suas propostas.

A esta luz, importa, a um tempo, salientar que, de acordo com as peças do procedimento que esteve na origem do atual Contrato de Gestão, o Perfil Assistencial constituía um limite ao conjunto de atividades que poderiam ser prestadas no Hospital – limite esse que se mantém no Contrato de Gestão. Tanto assim é que, os concorrentes no concurso público para a celebração do Contrato de Gestão podiam propor a realização de serviços clínicos adicionais, desde que não incluíssem qualquer nova especialidade não prevista no Perfil Assistencial¹²⁰. Ou seja, o Perfil Assistencial constituía um parâmetro base do Caderno de Encargos delimitador do âmbito de atuação da concessionária. Recorde-se aliás, que a alteração do Perfil Assistencial previsto no Caderno de Encargos, introduzida através da primeira versão do Contrato de Gestão celebrado em fevereiro de 2008, esteve na origem da decisão de recusa de visto prévio pelo Tribunal de Contas a esse contrato.

A outro tempo, recorde-se que o alargamento pretendido do Perfil Assistencial afetará necessariamente os valores apresentados para algumas das unidades de cálculo, como também poderá afetar a determinação do ICM, com reflexo nos preços apresentados e na remuneração da EGEST, pelo que não se pode excluir, com segurança, que tais alterações, se tivessem sido introduzidas nas peças do procedimento, não teriam impacto na avaliação do valor atual líquido dos pagamentos esperado e, conseqüentemente, na hierarquização das propostas, o que, por si só, poderia bastar para se afirmar que tais alterações não seriam neutras do ponto de vista da concorrência.

Tal conclusão é especialmente pertinente no que respeita ao tratamento dos doentes infetados com VIH/Sida, na medida em que, como se referiu, trata-se de uma atividade adicional com forte impacto financeiro na concessão, sem prejuízo de o impacto da introdução da oncologia também não ser igualmente negligenciável.

Nesta sede, cumpre, igualmente, ter presente que o Tribunal de Contas tem vindo a adotar um conceito muito – quiçá excessivamente^{121/122} – amplo de *alteração substancial*,

¹²⁰ Cfr. Anexo I ao Programa do Procedimento, p. 14.

¹²¹ Numa posição crítica relativamente à posição assumida pelo Tribunal de Contas a respeito dos limites à modificabilidade dos contratos administrativos, cfr. TIAGO DUARTE, “Os Elétricos de Marselha não Chegaram a Sinta: o Tribunal de Contas e os Limites à Modificação dos Contratos”, in *Revista de Contratos Públicos*, n.º 3, pp. 27 e ss.

considerando como substancial praticamente qualquer alteração “*dos pressupostos que estiveram na base do procedimento competitivo através do qual foi feita a escolha a proposta adjudicada*”¹²³, ou seja, qualquer alteração ao preço ou aos parâmetros base constantes do Caderno de Encargos, no qual se incluiria, no caso em apreço, o Perfil Assistencial. Efetivamente, da leitura de vários acórdãos desse Tribunal¹²⁴, decorre que este órgão tem, nas suas análises, dado uma forte prevalência à proteção do princípio da concorrência, “*(...) parecendo este Tribunal assumir o pressuposto base de que é sempre melhor recorrer de novo ao mercado e iniciar um novo procedimento pré-contratual, do que promover a modificação contratual, mesmo se por acordo, como forma de prosseguir o interesse público*”¹²⁵.

Independentemente de se concordar, ou não, com esta posição do Tribunal de Contas, a mesma assume, no presente caso, a maior relevância para a ponderação dos riscos associados à introdução das alterações agora em análise, uma vez que a modificação do contrato naqueles termos terá de ser submetida ao procedimento de fiscalização prévia do Tribunal de Contas por força do disposto na alínea *c*) do n.º 1 do artigo 5.º e no artigo 46.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei n.º 98/97, de 31 de dezembro¹²⁶.

Dir-se-ia, pois, que, à luz do exposto e em especial do entendimento que tem vindo a ser adotado pelo Tribunal de Contas em matéria de modificação dos contratos, o risco de estas alterações serem consideradas inadmissíveis é bastante elevado.

265. Sem prejuízo, como antes se referiu, tais alterações seriam sempre admissíveis se estivessem expressamente previstas e reguladas no contrato e nas peças do procedimento que o precedeu, razão pela qual cumpre ainda verificar se tais alterações

¹²² Sobre o perigo da primazia da proteção da concorrência constituir um recuo na prossecução do interesse público, cfr. PEDRO GONÇALVES, “Acórdão Presetext: modificação do contrato existente vs adjudicação de novo contrato”, *ob. cit.*, p. 22.

¹²³ Acórdão do Tribunal de Contas n.º 3/2013, de 26 de fevereiro.

¹²⁴ *Cfr.*, entre outros, acórdãos n.º 3/2013, de 26 de fevereiro, n.º 20/2010, de 1 de junho, n.º 6/2013, de 9 de julho, n.º 29/2013, de 18 de novembro.

¹²⁵ *Cfr.* TIAGO DUARTE, “*Os Elétricos de Marselha ...*”, *ob. cit.*, p. 30. O texto citado refere-se, em concreto, ao Acórdão do Tribunal de Contas n.º 20/10, de 1 de junho.

¹²⁶ Igualmente indiciador de uma posição do Tribunal de Contas desfavorável à alteração do Perfil Assistencial por forma a incluir o tratamento de doentes infetados com VIH/Sida é, com o já referido, a circunstância de um dos fundamentos da recusa de visto à versão inicial do Contrato de Gestão por aquele tribunal ter sido precisamente a alteração do Perfil Assistencial.

poderiam ser enquadradas no n.º 3 da cláusula 24.ª do Contrato de Gestão, que permite a realização de atos clínicos adicionais.

No pressuposto de que estamos perante modificações com impacto no Perfil Assistencial, a resposta deve ser, na nossa opinião, negativa, porquanto resulta dessa disposição contratual que tal permissão apenas abrange atos clínicos adicionais, *de acordo com o perfil assistencial*, que lhe sejam solicitados pela EPC. Dito de outro modo, o Contrato de Gestão prevê a possibilidade de se alterar o âmbito dos serviços a prestar, mas essa possibilidade encontra-se limitada aos atos enquadráveis no Perfil Assistencial. Esta interpretação afigura-se não só a mais conforme com a letra do preceito, como também mais consentânea com o disposto nas peças pré-contratuais, que, como antes mencionado, previam a possibilidade de os concorrentes proporem a realização de serviços clínicos adicionais desde que não incluíssem qualquer especialidade não prevista no Perfil Assistencial.

De todo o modo, sempre seria de verificar se tal habilitação contratual seria admissível à luz da Diretiva n.º 2014/23/UE, *i.e.*, se o preceito em causa se encontraria redigido em termos suficientemente claros, precisos e inequívocos, designadamente quanto ao âmbito e às condições em que a modificação pode ocorrer. Com efeito, como é referido no Considerando 78, dessa Diretiva essa habilitação contratual não poderá conferir à entidade pública *um poder de apreciação ilimitado*¹²⁷.

266. Por fim, poder-se-ia igualmente equacionar a possibilidade de estas alterações, por implicarem um alargamento do âmbito dos serviços a prestar, serem enquadradas na figura dos “*serviços adicionais*”, caso em que as referidas alterações seriam permitidas no âmbito do presente Contrato de Gestão.

A este respeito, recorde-se que o artigo 454.º do CCP¹²⁸ exige que os *serviços a mais (i)* se tenham tornado necessários à prestação dos serviços objeto do contrato na sequência de

¹²⁷ Nesta medida, mesmo que se considerasse que a introdução dos serviços de psiquiatria comunitária no objeto do Contrato de Gestão poderia ser feita sem a alteração do atual Perfil Assistencial, a sua introdução ao abrigo do n.º 3 da sua cláusula 24.ª do Contrato de Gestão não seria totalmente isenta de riscos, nomeadamente por essa cláusula nada dispor sobre as condições em que se pode impor a realização de atos clínicos adicionais.

¹²⁸ O conceito de serviços adicionais constante do CCP é mais exigente do que o conceito constante da Diretiva n.º 2014/23/UE, pelo que, por uma razão de cautela, se optará por considerar os pressupostos fixados pelo legislador nacional para que se possa proceder à adjudicação de “serviços a mais”. Com

uma circunstância imprevista; e (ii) não possam ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão do objeto do contrato.

Neste ponto, as principais dúvidas que se colocam quanto à introdução no objeto do contrato dos serviços de assistência aos doentes infetados com VIH/SIDA prendem-se com a demonstração de que estes não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público. Com efeito, não se vislumbra das informações fornecidas elementos suficientemente fortes para se concluir que tais serviços não podem ser prestados por outro operador ou que não podem ser prestados fora do objeto do Contrato de Gestão. Mais, nos últimos anos, estes serviços têm vindo a ser prestados, com a anuência do Tribunal de Contas, pela EGEST através de um protocolo renovável anualmente, ou seja, fora do objeto do Contrato de Gestão

Neste cenário, o prejuízo para o interesse público seria meramente económico, na medida em que se crê que a integração destes serviços diretamente no contrato permitiria poupar um pouco mais 1,7 M€/ano¹²⁹. No entanto, não só não há garantias que fosse possível, no âmbito de um procedimento de renegociação, obter essa redução, como esse nível de poupança – embora constitua naturalmente um montante não negligenciável – poderá não ser suficiente para se considerar que estamos perante serviços economicamente não separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público. A este respeito, recorde-se que, de acordo com a Diretiva n.º 2014/23/EU, apenas se consideram serviços adicionais quando a mudança de concessionário “*provoque uma duplicação substancial dos custos para a autoridade ou entidade adjudicante*”. Nesta medida e tendo em consideração a globalidade dos custos com estes doentes, tem-se por difícil a subsunção da alteração pretendida no conceito de *serviços adicionais*.

Acresce que, ainda que da introdução desses serviços no Contrato de Gestão pudesse resultar uma redução do preço pago pelos mesmos, em termos dos interesses do parceiro privado e, conseqüentemente da concorrência, não é equivalente que essa atividade esteja

efeito, nada impede que, nesta matéria, o legislador nacional seja mais exigente do que o legislador comunitário, prevalecendo, nesse caso, a legislação nacional.

¹²⁹ Como antes se referiu, tendo por base os preços praticados nos hospitais públicos que não constituam PPP, o custo decorrente da integração da valência de Infeciologia no perfil assistencial do Hospital Cascais teria, em 2015, um custo de 7.899.983 €, portanto inferior ao valor pago em 2015 ao abrigo do protocolo no valor de 9.631.597 €, o que se cifra numa diferença apurada de 1.731.614 €.

prevista num contrato com um período de vigência de 10 anos ou que essa prestação dependa de um protocolo anual, ainda que renovável.

Destaque-se, por último, que, tendo por base a mais recente experiência com o Hospital de Loures, a colocação à concorrência da prestação destes serviços demonstrou ser possível obter valores mais reduzidos do que aqueles que são praticados nos demais estabelecimentos do SNS, suscitando-se, assim, a dúvida sobre se um procedimento concorrencial aberto não permitiria obter uma ainda melhor solução para a satisfação do interesse público em causa.

No que respeita à Oncologia, as informações constantes do parecer do Exmo. Senhor Diretor do Programa Nacional de Doenças Oncológicas, para qual se remete, não permitem igualmente concluir que tais serviços *“não possam ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para o contraente público”*.

Por sua vez, a classificação da atividade de psiquiatria comunitária¹³⁰ no Perfil Assistencial apresenta ainda a dificuldade que decorre do parecer da Direção do Programa Nacional de Saúde Mental, do qual resulta de forma particularmente clara que a necessidade destes serviços não resulta de uma circunstância dita *“imprevista”*.

Por fim, recorde-se que, de acordo com o artigo 454.º do CCP, em caso algum, o valor referente à totalidade de serviços a mais poderá ser superior a 40% do valor da concessão.

267. Em face do exposto, conclui-se que o risco de as alterações agora preconizadas serem consideradas ilegais e, em especial, de fundamentarem uma recusa do visto prévio do Tribunal de Contas a uma modificação do Contrato de Gestão que as consagrasse, é muito elevado.

d. *Outras alterações que poderão ser consideradas como “substanciais”*

268. Neste ponto, analisaremos outras alterações propostas pela ARSLVT que, no nosso entendimento, poderão suscitar dúvidas quanto à sua admissibilidade no seio do

¹³⁰ Segundo o disposto no referido parecer, o mesmo se poderá concluir quanto à introdução da Pedopsiquiatria no Perfil Assistencial.

atual Contrato de Gestão, a saber: (i) alteração dos conceitos de “Internamento” e de “Cirurgia de Ambulatório”; (ii) introdução da linha de produção em ambulatório médico; (iii) revisão da metodologia de aferição da disponibilidade urgência; e (iv) alteração do clausulado relativo à referenciação de doentes para a RNCCI e respetivo pagamento.

Todas estas alterações têm em comum a circunstância de a sua introdução poder implicar uma alteração do preço a pagar pela EPC, sem que na base dessa modificação do preço esteja a realização de serviços adicionais por parte da EGEST.

Ora, é ponto assente para jurisprudência comunitária resultante do Acórdão *Pressetext* e do Acórdão Comissão/*CAS Succhi di Frutta* que o preço constitui uma “condição importante” de um contrato público. Pelo que “alterar uma tal condição durante o período de vigência do contrato inicial, poderia dar origem a uma violação dos princípios da transparência e da igualdade de tratamento dos proponentes [...]. Todavia, [tal é possível] na condição de tal ajustamento ser mínimo e se explicar de forma objetiva, sendo esse o caso se tiver por finalidade facilitar a execução do contrato, por exemplo, simplificando as operações de faturação”¹³¹. Seguindo esta jurisprudência comunitária, o Tribunal de Contas conclui que “salvo ajustamentos inicialmente previstos ou sem significado relevante, a alteração do preço durante o período de vigência do contrato constitui alteração de uma das suas condições essenciais”¹³². Acresce que “tais alterações são possíveis até ao ponto em que se possam considerar «neutras» para os interesses económicos dos proponentes, em particular do contraente privado, que não deve resultar beneficiado”¹³³.

A esta luz, consideramos que a atualização dos conceitos de “Internamento” e de “Cirurgia de Ambulatório” dificilmente poderá ser considerada como uma alteração substancial, quer pelo seu carácter objetivo, quer pela inexpressividade económica da mesma. Neste último particular, recorde-se que o impacto de tal alteração é meramente residual. Com efeito, tendo por base a atividade realizada no ano de 2015, dessa alteração resultaria um aumento da remuneração inferior a 5.000 €/ano . Ou seja, estamos perante uma alteração que, na ótica da globalidade do contrato, não afeta verdadeiramente, do nosso ponto de vista, o equilíbrio financeiro do contrato ou a concorrência entre operadores.

¹³¹ *Cfr.* Acórdão *Pressetext*, n.ºs 60 e 61.

¹³² *Cfr.* Acórdão do Tribunal de Contas n.º 3/2013, de 26 de fevereiro.

¹³³ *Idem.*

Em contrapartida, a introdução da linha de Ambulatório Médico apresenta um maior risco de ser considerada uma alteração substancial e inadmissível à luz do princípio da concorrência. Com efeito, muito embora o impacto de tal medida não seja, no computo geral da concessão, muito relevante, não poderá ser considerado como despiciendo. Por outro lado, estamos perante uma alteração favorável à EGEST, suscetível de alterar o equilíbrio económico em que assentou o contrato inicial, verificando-se, nessa medida, umas das condições previstas na definição de *alteração substancial*¹³⁴.

Acresce que, caso seja incluída a valência de Oncologia no Perfil Assistencial, o impacto financeiro da introdução desta linha de produção será bastante superior.

Por sua vez e na senda do que foi dito, a classificação da alteração da alínea f) do n.º 3 da Cláusula 26.^a¹³⁵, bem como da alteração do clausulado relativo ao pagamento de doentes para a RNCCI, como alterações (in)admissíveis, dependerá, em ambos os casos, da circunstância de a sua aplicação ter, ou não, um impacto financeiro da concessão favorável ao parceiro privado, o que, com base nos elementos agora disponíveis, não nos é possível verificar¹³⁶.

e. *Alterações aparentemente desfavoráveis à EGEST*

269. As alterações identificadas nas alíneas m), n), u) e w) do Ponto 3.3.1 *supra*, ao aumentarem as penalizações hipoteticamente aplicáveis à EGEST e ao transferirem o risco de cobrança das taxas moderadoras e os custos decorrentes dos medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar prescritos por médicos do hospital para aquela, prefiguram-se, à partida, como alterações legalmente admissíveis.

¹³⁴ Esclareça-se que a cláusula 45.^a do Contrato de Gestão prevê a possibilidade de se modificar o sistema de remuneração na sequência da alteração da codificação aplicável. Todavia, de acordo com essa cláusula, o valor efetivo da parcela a cargo do SNS que seria devido não poderia sofrer qualquer alteração, pelo que alteração pretendida não poderá ser realizada ao abrigo dessa cláusula.

¹³⁵ Recorde-se que esta alteração comporta duas situações distintas. Referimo-nos aqui apenas à alteração da metodologia de aferição da disponibilidade urgência que está ser estudada pelo Ministério da Saúde e não à mera clarificação do atual texto do contrato sugerida pela ARSLVT.

¹³⁶ No que concerne à revisão da alínea f) do n.º 3 da cláusula 26.^a, recorde-se que a metodologia para apuramento da indisponibilidade de serviço encontra-se ainda em apreciação pelo Ministério da Saúde, não se conhecendo, conseqüentemente, os seus termos e efeitos. No que tange o pagamento dos doentes referenciados para o RNCCI, a análise do impacto financeiro da alteração proposta dependerá do novo preço a praticar, o qual não se conhece.

Por um lado, não alteram o equilíbrio económico do contrato a favor do cocontratante; por outro, conforme entendimento doutrinal que se subscreve, “*o facto de o contraente público obter uma diminuição do preço a pagar não é susceptível de provocar uma distorção da concorrência em detrimento de potenciais interessados*”¹³⁷.

Sem embargo, como facilmente se compreende, sendo a introdução de tais alterações, em face da atual matriz de risco, desfavoráveis aos interesses do cocontratante, poderá ser mais difícil obter a concordância daquele para a sua introdução no Contrato de Gestão. Neste contexto, lembre-se que a modificação unilateral dos contratos administrativos tem como limite o respeito pelo equilíbrio financeiro do mesmo, pelo que, recorrendo-se a essa figura como via para a introdução destas alterações e podendo daquelas resultar um desequilíbrio económico-financeiro, aqui entendido nos termos da cláusula 125.ª do Contrato de Gestão, a equação financeira em que assentou o contrato teria que ser reposta.

Assim sendo, caso a EGEST não aceitasse sem mais a introdução destas alterações e se confirmasse que da imposição das mencionadas alterações resultava o direito da EGEST à reposição do equilíbrio financeiro, nos termos da cláusula 125.ª do Contrato de Gestão – análise que não foi feita para efeitos do presente Relatório –, as vantagens financeiras decorrentes dessas alterações perder-se-iam, deixando de fazer sentido a sua introdução num cenário de renegociação do Contrato de Gestão.

As mesmas conclusões aplicar-se-ão, com as devidas adaptações, às alterações relativas à revisão da metodologia de apuramento dos HGR e à introdução da melhoria contínua na negociação dos valores de referência dos PDR, na medida em que as mesmas afetem negativamente a avaliação do desempenho da EGEST e o nível de remuneração daquela e preencham os demais pressupostos previstos na cláusula 125.ª do Contrato de Gestão.

f. *Outras alterações*

270. As restantes alterações identificadas, ou por não constituírem verdadeiras alterações ao contrato, mas antes meras clarificações do seu texto, ou por decorrerem de

¹³⁷ Cfr. PEDRO GONÇALVES, “Acórdão Presstext: modificação do contrato existente vs adjudicação de novo contrato”, *ob. cit.*, p. 18.

alterações do quadro legislativo ou regulatório e se revelarem «neutras» para os interesses económicos, quer dos proponentes, incluindo a concessionária, quer de quem poderia ter apresentado proposta no processo de adjudicação inicial, não se nos afiguram como passíveis de violar o objeto essencial do contrato e/ou o princípio da concorrência, admitindo-se que pudessem, por esse motivo, ser introduzidas no atual contrato, sem necessidade da abertura de um novo procedimento concursal para esse efeito.

Neste contexto e no que respeita em concreto à revisão e substituição de PDR, cumpre ter presente que a cláusula 23.ª do Contrato de Gestão prevê expressamente a possibilidade de se proceder à sua revisão periódica, nomeadamente, mediante a introdução de novos parâmetros que se mostrem em falta, a alteração dos respetivos termos e a eliminação daqueles que se revelem inadequados ou desajustados, bem como o ajustamento da classificação e a graduação das falhas de desempenho. Estes ajustamentos não são considerados, nos termos da cláusula 112.ª do Contrato de Gestão, uma modificação ao contrato. Sem prejuízo, na nossa ótica, para que essas alterações dos PDR possam ocorrer nos termos daquelas cláusulas dever-se-á procurar manter o número de pontos de penalização, assim como o nível global de desempenho exigido ao parceiro privado. Caso contrário, poder-se-ia, por essa via, alterar o nível de risco da EGEST, mudando o *equilíbrio económico da concessão a favor do concessionário*, o que tornaria a alteração ideada numa *alteração substancial* na aceção *supra* exposta.

Por sua vez, no que tange à revisão da metodologia de avaliação do desempenho da EGEST na parte referente à satisfação dos utentes, deixa-se ainda a seguinte nota adicional: por forma a garantir a manutenção do perfil de risco resultante do atual contrato e, desse modo, a neutralidade da alteração, a nova metodologia deveria manter o peso e relevância da satisfação dos utentes na avaliação do desempenho da EGEST.

g. *Relevância da proximidade do termo do Contrato na análise global do risco de introdução de alterações*

271. Ainda para efeitos de apreciação do risco jurídico associado à introdução das alterações identificadas, num cenário de renovação, importa recordar que, de acordo com a cláusula 8.ª do Contrato de Gestão, aquele tem, na parte referente à EGEST, uma duração de dez anos a contar da data da transmissão do estabelecimento hospitalar, terminando a sua vigência no dia 31 de dezembro de 2018. Prevê-se, não obstante, como já se referiu, a

possibilidade de extensão deste período inicial, por recurso à faculdade de renovação do contrato¹³⁸, devendo, para o efeito, a EPC manifestar essa sua vontade até dois anos antes do final do prazo inicial de vigência do contrato, ou seja, até 31 de dezembro de 2016.

Como resulta dos capítulos iniciais do presente Relatório, é precisamente a iminência de caducidade do Contrato de Gestão, que justifica a necessidade de o Estado Português ponderar agora as várias opções que se lhe colocam com vista a assegurar, sem interrupções e da melhor forma possível, a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes servidos pelo Hospital de Cascais.

O que equivale a dizer que, ao contrário do que sucede em muitas outras situações em que se discutem ou se ponderam os riscos associados à modificabilidade dos contratos por razões de interesse público, não estamos perante uma situação em que as opções que o parceiro público dispõe são unicamente *(i)* manter um contrato, embora desadequado em face da evolução das circunstâncias externas, *(ii)* promover o termo antecipado do mesmo com o inerente pagamento de uma compensação ao parceiro privado, ou *(iii)* introduzir alterações que podem conflitar com os limites jurídicos à modificabilidade dos contratos. Pelo contrário, encontramos-nos num cenário em que é possível, num espaço aproximado de um ano, submeter as condições de execução da prestação dos serviços clínicos no Hospital de Cascais ao mercado.

Efetivamente, sublinhe-se que, não obstante o Contrato de Gestão prever a possibilidade de renovação e, como tal, permitir a relação contratual se possa prolongar no tempo, tal não constitui uma garantia do cocontratante. Como ensina LINO TORRAL, “*a Administração não se encontrará constituída em qualquer dever contratual de emitir uma declaração de prorrogação da relação contratual além do prazo originário, mas, tão-só de ponderar autonomamente se, em face das circunstâncias do caso concreto, se justifica (e em que termos) a produção daquele efeito ampliativo da esfera jurídica do co-contratante. Ao particular, em contrapartida, assistirá, não um direito à prorrogação, mas a mera possibilidade de a requerer, à luz dos pressupostos contratualmente fixados*”¹³⁹.

Esta possibilidade de se proceder à renovação do Contrato permite precisamente que as condições contratuais sejam repensadas no final de cada período de vigência do contrato – o que veio efetivamente a suceder – e que a renovação possa não ocorrer, nomeadamente

¹³⁸ Cfr. n.ºs 2 e 3 da cláusula 8.ª do Contrato de Gestão.

¹³⁹ “Prorrogação do prazo de concessão de obras e serviços públicos”, *ob. cit.*, p. 230.

quando se verificarem novas circunstâncias que aconselhem uma diferente regulação contratual.

Esta circunstância constitui um ponto importante que, com elevada probabilidade, influenciará a forma como as alterações ideadas serão interpretadas. Efetivamente, em nossa opinião, o Tribunal de Contas, na apreciação da legalidade de um eventual aditamento ao contrato, para introdução das referidas alterações contratuais a introduzir, não deixará de tomar em linha de conta a possibilidade que existe de se recorrer ao mercado, o que, conjugado, além de tudo o referido, com o elevado número de alterações que se pretende introduzir no Contrato de Gestão¹⁴⁰, aumentará o risco daquele Tribunal entender que a amplitude das alterações a introduzir justificaria efetivamente a necessidade de uma nova consulta do mercado, recusando, por conseguinte, a emissão do necessário visto prévio.

h. *Conclusões*

272. Do exposto, a primeira conclusão que cumpre retirar é a de que, tendo sido considerada como fundamental, pelos órgãos competentes, a introdução de diversas alterações ao Contrato de Gestão, o primeiro cenário em equação de renovação *tout court* do Contrato de Gestão, isto é, sem a prévia negociação do mesmo, se afigura contrária à prossecução do interesse público definido por Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde, sendo, como tal, de excluir¹⁴¹. Com efeito, tal solução não permitiria introduzir as melhorias consideradas fundamentais pela tutela para garantir uma melhor execução contratual, perpetuando, sem razão aparente, os problemas ou ineficiências já identificados.

273. Em segundo lugar, em face de tudo quanto acima foi exposto, importa considerar, num plano realista, que existe um elevado risco de algumas das alterações tidas

¹⁴⁰ Sendo, aliás, expetável que sejam identificadas novas alterações até à tomada de uma decisão final pelos órgãos competentes quanto à renovação do contrato.

¹⁴¹ Neste contexto, a renovação do atual contrato, sem mais, poderia, no limite, ser considerada ilegal por violação do princípio geral da prossecução do interesse público consagrado atualmente no artigo 4.º do Código do Procedimento Administrativo e no artigo 266.º da Constituição da República Portuguesa.

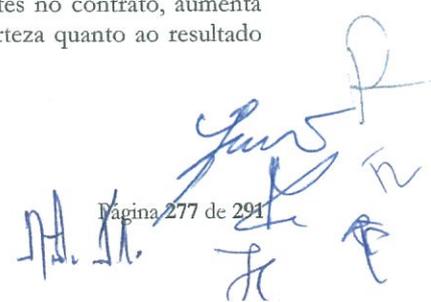
como necessárias ou que possam vir a ser consideradas necessárias introduzir¹⁴², *serem consideradas incompatíveis com a continuidade do Contrato*. Por estes motivos, a solução de negociação do contrato atual seguida de renovação do mesmo, comporta um significativo risco de não obtenção do visto do Tribunal de Contas e de impugnação judicial por parte de outros *stakeholders*.

274. Noutro prisma, importa igualmente ter presente o risco estratégico e operacional associado à abertura de um procedimento negocial prévio à negociação. Na verdade, sublinhe-se que a renegociação de contratos de parcerias público-privadas assume, em regra, especial complexidade, revelando-se esta mais acentuada quando é o concedente a tomar a iniciativa de chamar para a mesa das negociações os parceiros privados. Tal complexidade reflete-se, em regra, quer ao nível da duração do procedimento negocial, implicando procedimentos de negociação relativamente longos, quer ainda no grau de dificuldade na obtenção de sucesso nas negociações, em face daqueles que eram os objetivos iniciais. Quanto a este último ponto, esse risco é tanto maior quando algumas das alterações ideadas podem implicar uma modificação do equilíbrio económico-financeiro do contrato em sentido desfavorável à EGEST.

Sob este pano de fundo, não é igualmente de excluir que, mesmo que se optasse por iniciar um procedimento tendente à introdução das alterações identificadas como necessárias, não se conseguisse, por esta via, a obtenção do acordo da EGEST¹⁴³, o que frustraria, por si só, esta opção. Ao que acresce o risco de, uma vez aberto o processo negocial, serem introduzidas outras alterações como contrapartida das alterações ora consideradas, o que reduziria o impacto global das alterações e prejudicaria a obtenção dos resultados inicialmente ideados.

¹⁴² Recorde-se, por um lado, que decisão quanto à introdução, ou não, da prestação de cuidados de oncologia no Hospital de Cascais depende ainda de uma posterior decisão da tutela sectorial nesta matéria. Por outro lado, há um conjunto de alterações que carecem ainda de ser concretizadas, como é o caso da revisão da do conceito de disponibilidade da urgência e da revisão dos PDRs, podendo o seu desenvolvimento evidenciar a alteração de aspetos essenciais do Contrato de Gestão.

¹⁴³ Note-se que a alteração dos contratos de PPP encontra-se, em regra, igualmente sujeita à aprovação das entidades financiadoras das concessionárias. Esta circunstância, ao trazer para o processo os interesses e preocupações de entidades terceiras, nem sempre coincidentes com os das partes no contrato, aumenta ainda a complexidade dos processos de renegociação de PPP, bem com a incerteza quanto ao resultado dessa negociação.



3.3.4. Análise do cumprimento dos requisitos previstos para a renovação do Contrato de Gestão

275. Como referido e explicado no Ponto 2.3.2 *supra*, constitui pressuposto de uma eventual decisão de renovação do Contrato de Gestão a verificação de, pelo menos¹⁴⁴, os seguintes requisitos:

- a) O resultado das avaliações de desempenho realizadas ser qualificado, em todos os anos, no mínimo, como “Bom”;
- b) O parceiro público não pretender, *“por razões de interesse público, introduzir modificações na actividade objecto da parceria que se mostrem incompatíveis com a continuidade do Contrato”*;
- c) A renovação não colidir *“com qualquer dos princípios do regime de parcerias definido no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, especialmente o disposto na alínea e) do artigo 3.º desse diploma”*¹⁴⁵;
- d) A incorporação no contrato renovado das alterações consideradas imprescindíveis pelo parceiro público.

A estes requisitos acresce um outro de carácter mais genérico que se prende com a necessidade de se justificar a decisão de renovação, que, por sua vez, encerra em si uma decisão de não ida ao mercado, à luz do interesse público.

276. O primeiro desses requisitos prende-se diretamente com a avaliação do desempenho do cocontratante. Como bem se compreende, estando perante uma renovação dita “premier”, uma decisão de renovação só se justificará se a atuação pretérita do

¹⁴⁴ Recorde-se que, como antes mais desenvolvidamente se explicou, a possibilidade de renovação prevista no Contrato de Gestão constitui uma mera faculdade da Administração. Assim sendo, mesmo no caso de verificação dos requisitos de renovação previstos no Contrato de Gestão do Hospital de Loures, a EPC poderá optar por não renovar o contrato se, em face das circunstâncias do caso concreto, tal se revelar, justificadamente, a melhor solução. Ou seja, os requisitos elencados no Contrato de Gestão do Hospital de Loures devem ser entendidos como requisitos negativos da decisão de renovação, nada impedindo que, perante o caso concreto e dentro da sua margem de discricionariedade, a Administração eleja critérios adicionais de decisão.

¹⁴⁵ Recorde-se que estes requisitos resultam do n.º 2 da cláusula 38.ª do Contrato de Gestão do Hospital de Loures, cuja aplicação entendeu a Equipa de Projeto ser de estender a todos os demais contratos.

cocontratante for francamente satisfatória, de modo a justificar um renovado voto de confiança.

No presente caso e tendo por base a análise e dados acima referidos, podemos concluir que a EGEST obteve em todos os anos de vigência do contrato uma classificação global, considerando a avaliação dos resultados e do serviço, de “bom” ou de “muito bom”, verificando-se, como tal, o primeiro dos requisitos mencionados.

Pese embora, no que respeita à avaliação do desempenho em termos de resultados, essa avaliação se revelar precária, na medida em que, pelos motivos *supra* enunciados, o número de PDR em que se afigurou possível proceder à respetiva avaliação foi residual. Esta circunstância, no caso de opção pelo cenário da renovação, poderia aconselhar que se considerasse igualmente a avaliação da atuação do EGEST com base em outros critérios.

Por outro lado, importa igualmente não esquecer que, pelos motivos referidos no Ponto 3.2.1.3, a avaliação da satisfação dos utentes nunca foi realizada, razão pela qual aquelas classificações não incluem a avaliação dessa componente, não sendo, em rigor, possível obter uma avaliação global do desempenho da EGEST que considere todas as áreas de avaliação. No entanto, tendo presente que tal facto se deveu a razões não imputáveis à EGEST e que esta sempre promoveu a realização dos inquéritos de satisfação através de uma entidade independente, de acordo com os resultados do quais o índice médio global de satisfação dos utentes do Hospital de Cascais tem sido muito positivo¹⁴⁶, é nosso entendimento de que tal circunstância não impede que se considere, para efeitos do preenchimento deste requisito, que a EGEST obteve, em todos os anos da concessão, um resultado das avaliações de desempenho de, pelo menos, “bom”.

277. Por seu turno, no que concerne ao cumprimento dos princípios que regem as PPP, os designados princípios da economia, da eficiência e da eficácia, considera-se que os mesmos se podem considerar cumpridos, tendo em consideração os resultados das análises apresentadas nos pontos 3.2.1.1. e 3.2.1.2. do presente Relatório.

¹⁴⁶ Os níveis de satisfação resultantes desses inquéritos situam-se entre os 8,3 e os 8,5 (numa escala de 1 a 10), excetuando-se o ano de 2009, com um índice de 6,9 e de 2012, com 7,9. No que respeita ao ano de 2009, este índice mais baixo pode porventura ser explicado pelo facto de se tratar do primeiro ano de vigência do Contrato de Gestão, em que a atividade da EGEST era realizada ainda no antigo edifício hospitalar, com constrangimentos vários, nomeadamente ao nível da estrutura física. Aliás, estas especificidades já eram expectáveis, tanto que, conforme acima referido, o próprio contrato previa que os resultados obtidos no inquérito de satisfação realizado durante esse ano (o período de transição) não seriam considerados para efeitos de avaliação do desempenho da EGEST.

278. Não bastará, todavia, o cumprimento dos princípios aplicáveis às PPP e a demonstração da qualidade do desempenho do parceiro privado para se fundamentar uma decisão de renovação. Torna-se ademais necessário, como se referiu, que tal opção seja justificada à luz do interesse público e que se verifiquem os restantes requisitos identificados.

Para esse efeito, no que tange à possibilidade de as alterações consideradas relevantes serem introduzidas no atual Contrato de Gestão, cumpre aqui recuperar as conclusões alcançadas no ponto antecedente, de acordo com as quais existe um elevado risco de algumas das alterações tidas como necessárias *serem consideradas incompatíveis com a continuidade do Contrato*. A este risco acresce ainda, como julgamos ter deixado claro, o risco estratégico e operacional associado à abertura de um procedimento negocial prévio à negociação.

Posto isto, temos por não verificados os requisitos elencados nas alíneas b) e d) *supra*, o que por si só seria suficiente para justificar uma decisão de não renovação do contrato.

279. Sem prejuízo, por forma a concluir o teste aos requisitos de uma eventual de renovação, recordaremos ainda a necessidade de se demonstrar a vantagem da opção pela renovação/prorrogação contratuais, por comparação com a abertura de um procedimento concorrencial. É que, como a bem refere LINO TORRAL, a renovação, ao implicar uma não ida imediata ao mercado, “*deverá justificar-se na circunstância de, do ponto de vista da prossecução [do interesse público], se afigurar ser concretamente mais vantajosa a transitória continuidade de actividade do concessionário, comparativamente com a solução de realização de um novo procedimento concorrencial, apresentação de novas propostas e escolha do concessionário para o termo do prazo. É o que poderá suceder se a Administração apresentar dados fiáveis e reveladores de que, no curto prazo, não são expectáveis ofertas com condições mais interessantes, do ponto de vista económico-financeiro, do que as que já constam do contrato de concessão*”¹⁴⁷.

Em face dos elementos que se dispõe à data não é possível, naturalmente, garantir o nível de concorrência num hipotético novo procedimento contratual, aliás, não o sendo em regra em nenhum cenário, antes de conhecidas as propostas efetivas dos concorrentes. Não obstante, considera-se que seria possível estruturar um procedimento atrativo e gerador da

¹⁴⁷ Cfr. LINO TORRAL, “Prorrogação do prazo de concessão de obras e serviços públicos”, *ob. cit.*, p. 237.

concorrência, sendo fundamental, para tal, ao longo de todo o processo de estudo e preparação do lançamento da parceria, em particular, durante a fase de desenvolvimento das peças do procedimento, garantir as condições necessárias para que o concurso não fique “deserto” e para que a estruturação do projeto, das condições contratuais e do concurso permitam a manutenção do interesse dos parceiros privados, bem como a competitividade do procedimento.

Por outro lado, e em face da situação que se conhece hoje, considera-se que (i) o facto de a atividade do hospital se encontrar já em *velocidade de cruzeiro* e com um histórico de operação razoável, inclusive sob um modelo de parceria, conjugado com (ii) o relativamente reduzido nível de investimento, que permite mitigar em muito o risco de bancabilidade do projeto, permitem concluir ser possível estruturar um procedimento “atrativo”.

280. Tudo somado, somos do entendimento de que não se verificam todos os requisitos necessários a uma decisão de renovação do Contrato de Gestão.

4. PROPOSTA DE DECISÃO

281. Em face do exposto e para o efeito previsto na alínea a) do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016, a Equipa de Projeto submete à consideração superior o presente Relatório, bem como os documentos juntos em anexo, dos quais deu já conhecimento à ACSS, à ARSLVT e à UTAP, propondo a respetiva aprovação, bem como a prossecução dos passos subsequentes para a aprovação do lançamento de uma nova parceria e a adoção de todas as diligências necessárias ao desenvolvimento do procedimento concursal tendente à formação do novo contrato para a gestão clínica do Hospital de Cascais.

5. PASSOS SUBSEQUENTES

282. Conhecido o sentido da proposta de decisão formulada pela Equipa de Projeto quanto à solução a adotar em face do término da vigência da vertente clínica do Contrato

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

de Gestão do Hospital de Cascais, cumpre deixar claros os pressupostos e as condições a que se encontra sujeita a sua eventual implementação:

- (a.) **Adoção de uma decisão política conjunta quanto à proposta formulada no presente Relatório**, para o efeito do disposto na alínea a) do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016, por Suas Exas. o Ministro da Saúde e o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças¹⁴⁸.

Em concreto, deverá essa decisão tomar posição quanto à proposta de não renovação do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais, na parte referente à EGEST e à proposta de aprofundamento do estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP na vertente clínica, através da implementação do procedimento previsto nos artigos 9.º a 14.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, 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 proposto nesse procedimento, em observância do disposto no Código dos Contratos Públicos.

- (b.) **Eventual comunicação da decisão tomada à EGEST**, informando-a, de forma necessariamente sintética, das razões que estiveram na base dessa decisão.

Não se olvida que, nos termos das disposições aplicáveis do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais (*cf.*, em especial, o n.º 4 da cláusula 8.ª), o ónus de notificação do parceiro privado apenas impende sobre a EPC no caso de ser sua intenção renovar o contrato – daqui resultando, no caso de a intenção ser de não renovar, o parceiro público, para que o Contrato de Gestão do Hospital de Cascais cesse a produção dos seus efeitos no seu termo inicial, nada ter de fazer ou notificar à EGEST.

Não obstante, por razões de cortesia e em prol da estabilidade e boa execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais durante o período remanescente da sua vigência, pode revelar-se conveniente que o parceiro público proceda uma tal comunicação do decidido à EGEST, o que se sugere.

¹⁴⁸ Este último, no exercício das competências que lhe foram delegadas através da alínea d) do n.º 1 do Despacho n.º 3488/2016, de delegação de competências, de Sua Exa. o Ministro das Finanças.

(c.) Preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis, previstos nos artigos 9.º e 10.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, e ainda não observados.

Considerando que o desenvolvimento dos subseqüentes trabalhos da Equipa de Projeto, à luz de uma eventual decisão de aprovação, fica ainda dependente do preenchimento integral dos requisitos legais aplicáveis e ainda não observados – ressalva que ficou expressamente contemplada na parte final da alínea *b)* do n.º 1 do Despacho n.º 8300/2016 –, deverá ser promovida pela ACSS a ressubmissão da Proposta Fundamentada, com a informação adicional em falta e alinhada com a solução a implementar em face da aprovação do proposto no presente Relatório, a qual, por sua vez, deverá ser aprovada por Suas Exas. o Ministro da Saúde e o Secretário de Estado Adjunto, do Tesouro e das Finanças e, depois, reencaminhada para a Equipa de Projeto, permitindo assim que, em face da lei aplicável e do referido Despacho n.º 8300/2016, possam ser promovidas por esta os subseqüentes trâmites de estudo, preparação e lançamento de uma nova PPP, na vertente clínica, para o Hospital de Cascais.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature that appears to be 'J. A. M. Pereira' and other initials like 'JC' and '12'.

6. ANEXOS

NÚMERO	DESIGNAÇÃO
ANEXO 1	Termos e prazos de vigência dos Contratos de Gestão dos Hospitais de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira
ANEXO 2	Despacho de Sua Exa. o Ministro da Saúde, de 10 de novembro de 2014, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 6 de novembro de 2014
ANEXO 3	Informação UTAP n.º 006/2015, de 14 de abril de 2015
ANEXO 4	Despacho de Sua Exa. o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 4 de novembro de 2015, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 3 de novembro de 2015
ANEXO 5	Ofício da ACSS de 23 de dezembro de 2015
ANEXO 6	Agenda de trabalhos da reunião realizada a 19 de fevereiro de 2016
ANEXO 7	Despacho de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde, de 16 de fevereiro de 2016, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 12 de dezembro de 2015
ANEXO 8	Mapa de análise dos cenários de “Renovação” e de “Não Renovação”, bem como dos principais riscos, termos e condições (25 de fevereiro de 2016)

ANEXO 9	Agenda de trabalhos da reunião realizada a 26 de fevereiro de 2016
ANEXO 10	<p>Despacho de Sua Exa. o Secretário de Estado da Saúde, de 21 de março de 2016, exarado sobre Nota Interna do respetivo Gabinete de 18 de março de 2016, que contém em anexo a Proposta Fundamentada</p> <p>Nota: Tendo em conta a sua dimensão e o caráter público desse documento, a Equipa de Projeto optou por não juntar ao presente Relatório o Anexo 6 à Proposta Fundamentada, que corresponde ao Relatório do Tribunal de Contas relativo à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Cascais (Relatório n.º 11/2014 – 2.ª Secção, Processo n.º 24/2012 – Audit.), que pode ser consultado em:</p> <p>http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2014/2s/audit-dgtc-rel011-2014-2s.pdf.</p>
ANEXO 11	Despacho n.º 8300/2016
ANEXO 12	Fontes de informação
ANEXO 13	Principais pressupostos assumidos no CPC Inicial e valores reais no CPC Atualizado



ANEXO 14	Análise resumo das auditorias às transferências do serviço de Urgência do Hospital de Cascais
ANEXO 15	Modelos de inquérito a ACES e ao CHLO
ANEXO 16	Conceitos

7. ANÁLISE DO IMPACTO ORÇAMENTAL DA PPP DE CASCAIS

283. O presente ponto tem como objetivo analisar o impacto potencial, nas contas do Estado Português (sob uma perspetiva de contas nacionais e segundo as regras do EUROSTAT), da opção ora recomendada pela Equipa de Projeto, a implementar no contexto da caducidade do Contrato de Gestão, sujeita naturalmente à aprovação das Tutelas sectorial e financeira: o lançamento de um procedimento com vista à formação de um novo contrato de gestão.

284. De acordo com as conversas informais que a Equipa de Projeto estabeleceu com o INE, foi possível concluir que, no caso de, uma vez findo o atual Contrato de Gestão, a gestão hospitalar do Hospital de Cascais vir a ser transferida para outro parceiro privado, através do lançamento de um novo procedimento contratual, e dado que se trata do estabelecimento hospitalar (à partida, com um montante de investimento que, a ser necessário, será de reduzida monta) e não do edifício (esse sim, com um valor de investimento associado elevado), este contrato seria, com grande probabilidade, classificado, em contas nacionais, como um contrato de prestação de serviços e não como um contrato de PPP¹⁴⁹.

Tal circunstância deve-se ao facto de, tal como referido, este novo contrato não incluir a parte do investimento infraestrutural, estimando-se que possa, no limite, incluir algum investimento em equipamento hospitalar¹⁵⁰ dedicado à operação do Hospital de Cascais.

285. Assumindo, assim, o novo contrato, a celebrar entre o Estado Português e o novo parceiro privado (a seleccionar no contexto do referido procedimento contratual), como um contrato de prestação de serviços (para efeitos das regras do EUROSTAT), os registos dos pagamentos futuros do parceiro público, relativos à operação clínica e aos

¹⁴⁹ Importa relembrar que o conceito de PPP, tal como definido nos termos do Decreto-Lei n.º 111/2012 não é coincidente com aquele que é considerado pelo Eurostat.

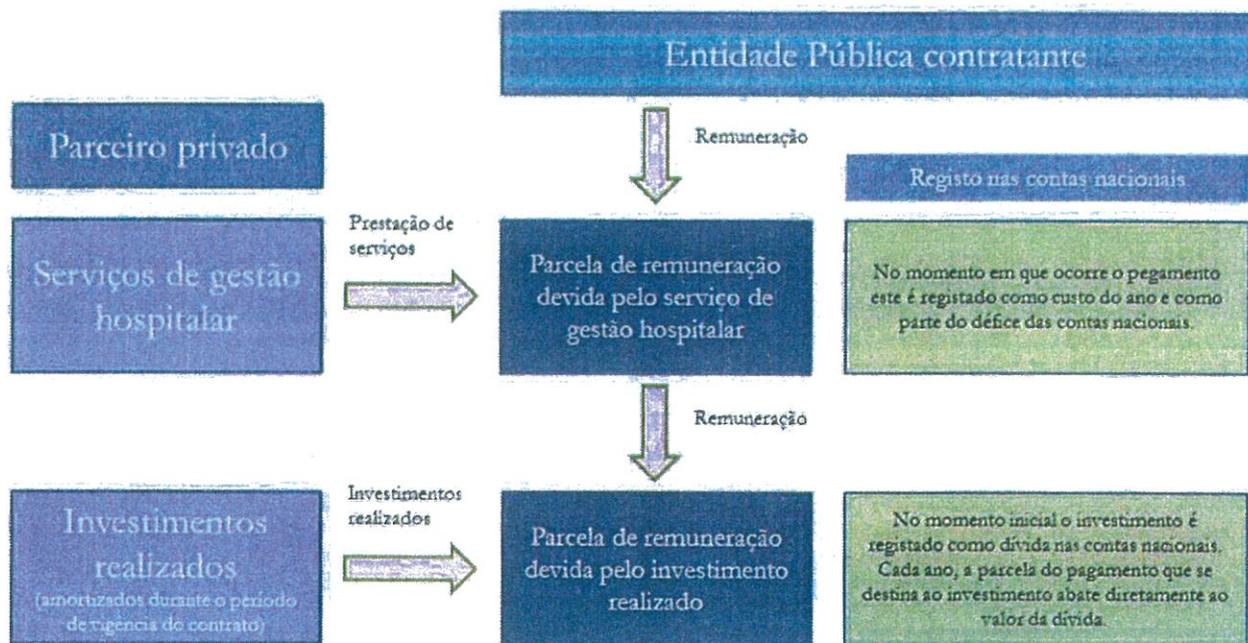
¹⁵⁰ À data de hoje, a Equipa de Projeto não tem elementos suficientes para avaliar a real necessidade de investimento a considerar no contexto de um novo procedimento contratual.

investimentos em equipamentos, deverá obedecer às seguintes regras de registo nas contas nacionais:

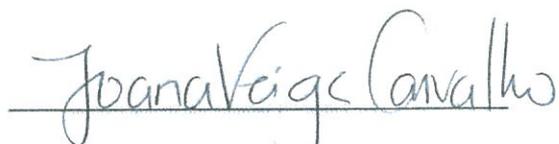
- O valor devido pelo parceiro público, em cada ano, ao parceiro privado, em virtude dos serviços de gestão do hospital¹⁵¹, nos termos do que vier a ser definido no novo contrato de gestão, é contabilizado no défice desse ano;
- O valor devido pelo parceiro público, em cada ano, ao parceiro privado, em virtude dos investimentos realizados, nos termos do que vier a ser definido no novo contrato de gestão, é contabilizado da seguinte forma:
 - I. No momento zero, aquando da celebração do contrato de gestão, o valor do investimento é contabilizado como dívida pública;
 - II. Nos períodos seguintes, o valor da proporção do pagamento devido pelo parceiro público, em cada ano, ao parceiro privado, em virtude dos investimentos realizados, é abatido à dívida pública (reduzindo também o impacto dos pagamentos realizados pelo parceiro público em cada ano no défice), de tal forma que, no final do contrato de gestão, a dívida pública deverá ser igual a zero, significando, portanto, que o investimento foi amortizado linearmente durante o período de vida do contrato de gestão.

286. Apresenta-se, infra, e de forma esquemática, o impacto estimado, em termos de contas nacionais, da celebração de um novo contrato de prestação de serviços, na parte referente ao estabelecimento hospitalar.

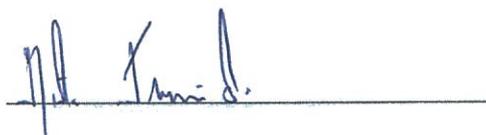
¹⁵¹ Devendo, para tal, ser calculada a proporção da remuneração base anual que corresponde à prestação de serviços clínicos e a proporção que se refere ao pagamento do investimento.



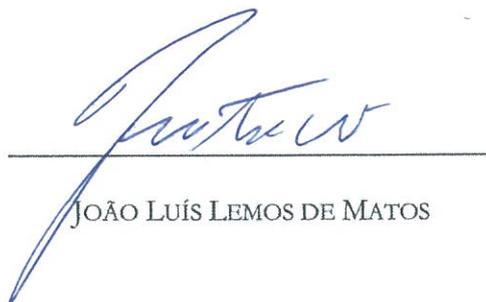
A EQUIPA DE PROJETO



JOANA CRISTINA VEIGA CARVALHO BARBOSA



MARTA ALEXANDRA FARTURA BRAGA TEMIDO DE ALMEIDA SIMÕES



JOÃO LUÍS LEMOS DE MATOS



PEDRO DE BRITO ESTEVES



MARIA ANA SOARES ZAGALLO



RITA DOMINGUES DOS SANTOS DA CUNHA LEAL



FILIPA SEQUEIRA LEITE

